

แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ประกันภัยโรคมะเร็ง Cancer Insurance

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured's Information

กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง Cancer Insurance

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured's Name

กรมธรรม์เลขที่ Policy No.

ชื่อผู้เป็นโรคมะเร็ง Cancer Patient

พบแพทย์ครั้งแรกเมื่อ Date of first consultant

ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ Diagnosis Date

อาการ Symptom

ประเภท/Type of coverage รายบุคคล/Individual แผนครอบครัว/Family แผนการประกันภัยกลุ่ม/Group

กรุณาแนบเอกสารประกอบทั้งหมดดังต่อไปนี้ เพื่อใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Documents attached)

1. ใบรายงานแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัยโรค (ผลตรวจเนื้อเยื่ออย่างละเอียดจากห้องปฏิบัติการ) Medical reports/Lab tests
2. ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย ในการตรวจวินิจฉัยโรค Original receipts
3. สำเนาแฟ้มประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ลงลายมือชื่อรับรอง
5. เอกสารอื่น ๆ (ระบุ) others

ชื่อแพทย์ – สถานพยาบาลที่ให้การวินิจฉัย Attending physician – Hospital

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการ และสำเนารายงานการรักษาของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท

หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อดำเนินการพิจารณาสินไหม

นอกจากนั้น ข้าพเจ้าขอให้อายินยอมไว้แก่บริษัท รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ให้ดำเนินการตรวจเลือด การตรวจดั่งกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจเชื้อไวรัสโรคเอดส์ HIV

อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่ามามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อผู้กระทำการแทน

()

()

ความสัมพันธ

ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ ให้ผู้รับประโยชน์ หรือผู้กระทำการแทนลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมหลักฐานภายใน 60 วันนับจากวันที่ทราบผลการตรวจวินิจฉัย

Please return this form within 60 days after receipt of the diagnosis' result.