



## 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 ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมไว้แก่บริษัท รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ ให้ดำเนินการตรวจเลือด การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจเชื้อไวรัสโรคเอดส์ HIV

อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม .....

( )

ลงชื่อผู้กระทำการแทน .....

( )

ความสัมพันธ์ .....

ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ ให้ผู้รับประโยชน์ หรือผู้กระทำการแทนลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมหลักฐานภายใน 60 วันนับจากวันที่ทราบผลการตรวจวินิจฉัย

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