

แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์
กรมธรรม์ประกันภัย ซีไอ พร้อม

(กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมหลักฐานตามที่กำหนดมายังบริษัทภายใน 60 วันนับจากวันที่ทราบผลการวินิจฉัยนั้น)

สำหรับผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์

กรุณาให้รายละเอียด

- ผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน : ชื่อ-นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....
- รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย
ผู้เอาประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
เพศ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....
- เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย.....
- สาเหตุของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด (First Heart Attack)
 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
 โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ (Chronic Renal Failure Requiring Regular Renal Dialysis)
 ภาวะโคม่า (Coma)
- โปรดให้รายละเอียดของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย
ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....จังหวัด.....
เข้ารับการรักษาวันที่.....ออกจากโรงพยาบาล วันที่.....

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์รวบรวมเอกสารดังระบุไว้ต่อไปนี้ และส่งให้กับบริษัทฯ ภายใน 60 วันนับจากวันที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง (โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง)

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการตรวจวินิจฉัยโรคและระดับความรุนแรง พร้อมทั้งให้แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาลงนามและประทับตราสถานพยาบาล
- ต้นฉบับผลตรวจเนื้อเยื่อ หรือผลตรวจอื่น ๆ จากห้องปฏิบัติการ
- สำเนาใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย
- สำเนาประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล และผลการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือโรคเอดส์
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านที่ลงลายมือชื่อรับรอง
- สำเนาใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์และประวัติการรักษาพยาบาล

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัยตกลงและยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งมีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย สามารถแจ้งข้อความหรือเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของผู้เอาประกันภัยทั้งหมดให้แก่ บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ และยินยอมให้บริษัทฯ รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ ให้ดำเนินการตรวจเลือดซึ่งรวมถึงการตรวจเชื้อไวรัสโรคเอดส์/HIV

อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย ลงชื่อผู้รับประโยชน์หรือผู้กระทำการแทน

() ()

วัน/เดือน/ปี..... ความสัมพันธ์

วัน/เดือน/ปี.....