

กรมธรรม์ประกันภัยโรคร้ายแรงและอุบัติเหตุ

สำหรับผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์

เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรมการอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์และประวัติการรักษาพยาบาลโดยผู้เอาประกัน/ผู้รับประโยชน์ท่านนั้น มิฉะนั้นบริษัทอาจถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

- ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ โทรศัพท์.....
- รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย
 - ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....วัน/เดือน/ปี เกิด
 - บัตรประชาชนเลขที่
- เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย
- สาเหตุของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 - เจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายแรง
 - สูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิงของมือหรือเท้า สูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิงของสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
 - สูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิงของมือหรือเท้า สูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิงของสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย
 - เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
- โปรดให้รายละเอียดของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย ก่อนได้รับความสูญเสีย
ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด
- เข้ารับการรักษาวันที่ ออกจากโรงพยาบาลวันที่

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์รวบรวมเอกสารดังระบุไว้ต่อไปนี้ และส่งให้กับบริษัทฯ ภายใน 30 วันนับแต่วันที่เกิดความสูญเสีย โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมกรมธรรม์ประกันภัยโรคร้ายแรง

- | | |
|--|---|
| 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ที่กำหนดโดยบริษัท | 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท |
| 2. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายแรง/ผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือผลทางพยาธิสภาพ/สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด | 2. ใบมรณบัตร และสำเนาหนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาล |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย ที่ลงนามรับรองสำเนาแล้ว | 3. สำเนารายงานชั้นสุดตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน |
| 4. ใบมรณบัตร และสำเนาหนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาล (กรณีเสียชีวิต) | 4. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี |
| 5. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ในกรณีที่มีข้อสงสัยและต้องการเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา) | 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย |
| | 6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ ที่ลงนามรับรองสำเนาแล้ว |
| | 7. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะ สายตา(กรณีสูญเสียอวัยวะ) |
| | 8. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ในกรณีที่มีข้อสงสัยและต้องการเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา) |

การรับเงิน ผู้รับประโยชน์ตามเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยโรคร้ายแรงและอุบัติเหตุ

ผู้เอาประกันภัย ทายาทโดยธรรม

ชื่อ-นามสกุล อายุ.....ปี ความสัมพันธ์

บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และหากภายหลังการรับเงินค่าสินไหมทดแทนตามผลประโยชน์กรมธรรม์ดังกล่าวแล้ว ปรากฏว่ามีผู้เสียหายที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์นี้จะเป็นผู้ใดก็ตาม เรียกร้องให้ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด(มหาชน) ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ในส่วนใดๆอีก ข้าพเจ้ายินยอมนำตนเข้ามาผูกพันและรับว่าเป็นผู้รับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกี่ยวข้องเรียกร้องมานั้น ด้วยตนเองแต่เพียงผู้เดียวโดยสิ้นเชิง

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย / ทายาทโดยธรรมผู้รับประโยชน์ ลงชื่อ พยาน
(.....) (.....)

วัน/เดือน/ปี วัน/เดือน/ปี

หนังสือแสดงความยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์และประวัติการรักษาพยาบาล

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัยตกลงและยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งมีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย สามารถแจ้งข้อความหรือเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของผู้เอาประกันภัยทั้งหมดให้แก่ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทได้ และยินยอมให้บริษัทฯ รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ ให้ดำเนินการตรวจเลือดซึ่งรวมถึงการตรวจเชื้อไวรัสโรคเอดส์/HIV

อนึ่งสำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย / ทายาทโดยธรรมผู้รับประโยชน์
(.....)
วัน/เดือน/ปี