

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- ค่าสินไหมทดแทนคุ้มครองการเจ็บป่วยขึ้นวิกฤติหรือโรคร้ายแรง/โรคมะเร็ง/โรคมะเร็งเม็ดเลือด (CIR/CA/FC)
 - แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (หน้า A-B) ต้นฉบับ (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
 - ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
 - รายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือผลทางพยาธิวิทยา (Pathology Report) ต้นฉบับ
 - สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด/ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์(CT/MRI) ๗ ค ๗
 - หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาต้นฉบับ
 - สำเนาบัตรประชาชน* (หน้า-หลังบัตร) พร้อมลงนามรับรองเอกสาร
 - ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน
 - กรมธรรม์ฉบับจริง : หากกรมธรรม์สูญหายสามารถใช้รายงานประจำวันแจ้งกรมธรรม์สูญหายต้นฉบับ (ใช้กรณีเรียกร้องสินไหมแล้วมีผลให้สัญญาประกันชีวิตสิ้นสุดลง)

เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี

- กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง

บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

หมายเหตุ

1. รายการเอกสารที่นำส่งบริษัท ฯ หากเอกสารเป็นสำเนา ต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ

2. หากท่านประสงค์ขอรับเงินโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร **โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร**

* โปรด ชิดฆ่ากับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับกับการชิดกั้นนั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ฯ ดำเนินการชิดฆ่ากับ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร:: ฝ่ายพิจารณาสินไหม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 175 อาคารสารสินธุ์ ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ ๑๐120

☎ หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ Call Center โทร 02-648-3600, LINE: @rabbit_life หรือ E-mail: cs@rabbitlife.co.th
ภายในวันและเวลาดำเนินการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.00 – 17.00 น. (ในวันหยุดนักขัตฤกษ์)

CLA_1805202



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนคุ้มครองการเจ็บป่วยขึ้นวิกฤติหรือโรคร้ายแรง/โรคมะเร็ง/โรคมะเร็งสตรี (CIR/CA/FC)

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง (เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์)

(หน้า A)

1. รายละเอียดของผู้เอาประกัน

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย _____ กรมธรรม์เลขที่ _____ Individual Insurance Group Insurance
 อายุ _____ ปี เพศ ชาย หญิง บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ อื่นๆ _____ เลขที่ _____
 สถานที่ติดต่อปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ _____
 _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก _____ อีเมล _____
 สถานที่ทำงาน _____ อาชีพ/ลักษณะงาน _____
 ท่านมีประกันกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์) _____
 ท่านประสงค์รับเงินสินไหมโดย โอนเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี _____ (พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)
 ขอรับเป็นเช็ค ที่อยู่ในการจัดส่ง _____
 _____ (ต้องมีผู้เซ็นได้รับเอกสารกับบุตร/ไปรษณีย์)

2. รายละเอียดการเรียกร้องสินไหม

2.1 เรียกร้องสินไหมด้วยโรค _____
 2.2 ลักษณะอาการซึ่งทำให้ท่านต้องเข้าพบแพทย์ _____
 2.3 อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะเข้าปรึกษาแพทย์ครั้งแรก _____
 2.4 วันที่ปรึกษาหรือเข้าพบแพทย์ครั้งแรก _____
 2.5 ลักษณะอาการป่วยขั้นพื้นฐานและอาการป่วยที่เพิ่มขึ้น _____

3. รายละเอียดของการปรึกษาแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ / การรักษาในสถานพยาบาล

3.1 กรุณาให้รายละเอียดเกี่ยวกับการรับค่าปรึกษาจากแพทย์
 ชื่อแพทย์ _____ ชื่อสถานพยาบาล _____ วันที่เข้าปรึกษาแพทย์ _____

3.2 ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับอาการป่วยลักษณะเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่ ไม่มี มี (ถ้าใช่ กรุณาแนบและโปรดแนบรายละเอียด)

ชื่อสถานพยาบาล	วันที่เข้ารับการรักษา	วันที่ออกจากโรงพยาบาล

3.3 รายชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (นอกเหนือจากข้อ 3.1 และข้อ 3.2)

ชื่อสถานพยาบาล	วันที่เข้ารับการรักษา	อาการ/ค่าวินิจฉัยโรค

4. ข้อมูลทั่วไป

4.1 ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่ ไม่มี มี ถ้า "มี" โปรดระบุ _____

4.2 ท่านมีประวัติสูบบุหรี่หรือไม่ สูบ ไม่สูบ ถ้าสูบ สูบปริมาณเท่าใดต่อวัน _____ สูบมานานเท่าใด _____

4.3 ท่านได้มีการเรียกร้องสินไหมในโรคดังกล่าวกับบริษัทประกันชีวิตอื่นหรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุรายละเอียด

ชื่อบริษัท	ชนิดของการประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุไม่เกิน 7 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 7 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____
ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 7 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน
 กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 7 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์
 2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ (ระบุว่าเป็น) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CLA_18052022

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมา ในครั้งนี้ หรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ (แล้วแต่กรณี) ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใด ๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ที่ www.rabbitlife.co.th

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____
(_____)
ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____
(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน)
วันที่ _____

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____
(_____)
ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____
(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์)
วันที่ _____

ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง
(_____)

ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง
(_____)

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ (ระบุข้างใต้) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CIA_18052022

ส่วนที่ 2 กรอกโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending Physician Statement)

Hospital Name:

ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Medical certification)

Patient's Name: _____ ID No. _____ HN : _____ AN : _____ Age _____ year(s) Sex : Male Female
Admission Date : _____ Time : _____ Discharge Date : _____ Time : _____ Consultation Date : _____

1. For Illness

- a) Date you first saw this patient for this illness : _____

- b) How long had the patient experienced the symptoms : _____

- c) Chief complaint and duration of symptom(s) : _____

- d) Present illness : _____

2. For Injury

- a) Date of injury : _____ Time : _____
- b) Cause of injury : _____
- c) Details of injury : _____
- d) Did you smell alcohol from the patient? No Not known
 Yes, blood alcohol test (if any) = _____ mg%
- e) Level of consciousness Normal Confusion
 Drowsiness Semi-coma Coma
- f) Estimated time for recovery : _____

3. Did the patient need to be admitted to hospital? No Yes, indication for admission : _____

4. Vital signs : BT _____ C PR _____ /min RR _____ /min BP _____ mmHg

5. Pertinent Clinical findings (Signs & Symptoms) : _____

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X - ray, etc.) : _____

7. HIV Test () No () Yes, Result : _____ Date performed : _____

8. Underlying disease : _____

9. Diagnosis 1 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 2 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 3 : _____ ICD10-TM : _____

Adjusted RW	

10. Treatment : _____

11. Surgery/Operation : _____ ICD9-CM : _____ Date performed : _____

Anaesthesia Type : General Anaesthesia Spinal Anaesthesia Local Anaesthesia Others : _____

12. Pathological report : _____

13. Complications (if any) : _____

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? No Yes, please specify _____

15. For Female: Is the patient pregnant? No Yes, gestational age _____ weeks

Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify _____

16. Has patient ever been treated by another doctor before? No Yes, please give name and address _____

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly No Yes

b) Degenerative change(s) No Yes

18. Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital Name

19. Other comments about the injury / illness : _____

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature _____ Medical specialty: _____ Thai Medical license no: _____

(_____) Tel no: _____ Date : _____

Medical institute: _____ Address: _____ [Hospital Stamp]

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council.

CLA_18052022

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

กรุณาเลือกกรณีใดกรณีหนึ่ง

ในฐานะ: ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกัน หรือ
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาท ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์ ผู้จัดการมรดก ผู้รับประโยชน์ของ _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ ของ _____ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโดยให้หนังสือฉบับนี้มิได้ผูกพันจนกว่าจะชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิตฉบับที่ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง **สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

หมายเหตุ :

1. ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือห้วแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (เขียนระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วห้วแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้มีพยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน
2. หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ
ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

AUTH-UWC_18052022