



ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหม โรคร้ายแรง (ประกันกลุ่ม) (Critical Illness Claims Form: Part I)

วันที่ (Date) :/...../.....

*กรณารอกส่วนที่ 1: สำหรับผู้เอาประกัน และส่วนที่ 2: สำหรับแพทย์ผู้รักษา โดยต้องกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วน บริษัทฯ จึงจะสามารถพิจารณาผลประโยชน์สินไหมฯ ให้แก่ผู้เอาประกันได้

(ส่วนที่ 1)

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เอาประกัน

(To be completed by Claimant / Insured)

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกัน (Insured's Name) เลขที่กรมธรรม์ (Policy Number).....
เลขที่บัตรประชาชน (ID Number)..... อายุ (Age)..... เพศ (Gender).....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone Number)..... อีเมล (Email Address).....
ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address).....
ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ ของธนาคาร.....เลขที่

*พร้อมแนบสำเนาบัญชีธนาคารดังกล่าว พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องเพื่อประกอบการพิจารณา

2. ท่านมีกรมธรรม์โรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรงกับบริษัทอื่นหรือไม่ หากมีกรุณาระบุข้อมูลด้านล่าง

(Have any cancer or critical illness policies with other insurance companies? If yes, please specify as below)

ชื่อบริษัทประกัน (Insurance Company)	หมายเลขกรมธรรม์ (Policy Number)	จำนวนเงินเอาประกัน (Sum Assured / Sum Insured)

รายละเอียดของการเรียกร้อง (Related details of this claim)

3. เรียกร้องค่าชดเชยโรคร้ายแรงด้วยโรค (Name of the critical illness you are Claiming for)

4. วันที่ปรึกษาแพทย์ครั้งแรก (Date of first consultation)อาการของโรค (Signs & Symptoms)

5. อาการเหล่านี้ท่านเป็นมานานเท่าไร ก่อนปรึกษาแพทย์ครั้งแรก (How long have you been having these sign and symptoms from the date of your first consultation)

6. การวินิจฉัย (Diagnosis).....

ประวัติการเข้ารับการรักษา (Record of Medical Consultation)

7. ข้าพเจ้ามี สิทธิประกันสังคม / สิทธิบัตรทอง / สิทธิข้าราชการ ที่โรงพยาบาล

8. โปรดระบุการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ (Please give us more details of medical consultation related to this claim as below)

ชื่อโรงพยาบาล (Name of Hospital)	วันที่เข้ารับรักษา (Date of visit)	อาการของโรค (Signs & Symptoms)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันชีวิต/ประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมารี่องจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันชีวิต/ประกันภัย เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรรมสิทธิ์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ประกันภัย โดยสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่าฉันบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนางของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ

• หากมีการลงนามโดยใช้การพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ (.....) ผู้เอาประกัน (Insured) วันที่	ลงชื่อ (.....) พยาน (Witness) วันที่	ลงชื่อ (.....) พยาน (Witness) วันที่
---	---	---



ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหม โรคร้ายแรง (ประกันกลุ่ม)
(Critical Illness Claims Form: Part II)

(ส่วนที่ 2)

สำหรับแพทย์ผู้รักษา

(For Physician)

Patient's Name..... ID Card No.....

Age Sex H.N. A.N.

Consultation Date..... (OPD case) or Admission Date Discharge Date

• For Illness

1.Date you first saw this patient for this illness?.....

2.Chief complaint and duration of symptoms

3.In your opinion, how long should these symptoms persist for this illness

• For Injury

1.Date & Time of injury..... Date & Time you first saw this patient

2.Cause of injury.....

3.Did you smell alcohol from the patient () No () Yes, **blood alcohol test** (if any) = _____ mg% () Not known

Level of consciousness () Alert () Confusion () Drowsiness () Semi-coma () Coma

(Did the patient take any medication, drugs?) () No () Yes, please specify..... () Not known

Pertinent Clinical Findings (Signs & Symptoms)

Past History / Underlying diseases

Investigations/Pathological studies

Diagnosis 1 ICD 10

Diagnosis 2 ICD 10

Diagnosis 3 ICD 10

Treatment

Surgery/Operation Date

Result/Complications

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

HIV Test () Not done () Done, Result

Has patient ever been treated by another doctor before? () No () Yes, Please give name and hospital.....

Other comments about the injury / illness

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

Name of physician Specialty..... License No.....

Hospital Name Telephone No Address

Signature Date

(.....)

หน้า 3/3



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สิลอม ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิต 2002
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

การเตรียมเอกสารสำหรับยื่นประกอบการพิจารณาผลประโยชน์สินไหม โรคร้ายแรง (ประกันกลุ่ม) ประกอบด้วย

The required documents for submitting a claim for Critical Illness benefits (Group Insurance) include:

1. ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมโรคร้ายแรง (Part I and Part II)
(Claim Form for Cancer and Critical Illness Benefits (Part I and Part II))
2. สำเนารายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology Report) ทุกครั้งที่เคยตรวจ
(Certified copies of all pathology reports from every biopsy previously conducted)
3. ใบรับรองแพทย์ และสำเนาประวัติการรักษา เกี่ยวกับโรคร้ายแรงทั้งหมด
(Medical certificate and certified copies of all treatment records pertaining to any critical illnesses)
4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน ****จำนวน 5 ฉบับ****
(Copy of the insured's national ID card) ****5 copies****
5. หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจเกี่ยวกับข้อมูล (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ) ****จำนวน 5 ฉบับ****
(Consent form for information disclosure and Authorization (as per the company's official form) ****5 copies****)
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารประเภทออมทรัพย์ ของผู้เอาประกัน
(Certified true copy of the first page of the insured **savings account** passbook).
7. หนังสือรับรองการเป็นพนักงานของบริษัท ฯ
(Employee Certification Letter)

หมายเหตุ :

* เอกสารทุกฉบับ จะต้องรับรองสำเนาเอกสารด้วยปากกาสีน้ำเงินเท่านั้น มิฉะนั้นจะไม่สามารถใช้ประกอบการเรียกร้องสินไหมได้

All documents must be certified as true copies using a blue-ink pen only. Otherwise, the documents cannot be accepted for claim submission.

กรุณารอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ พร้อมแบบเอกสารที่ระบุไว้ ส่งกลับมายังบริษัทฯ ผ่านช่องทางไปรษณีย์ ดังนี้
แผนกสินไหมทดแทน

บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สิลอม ชั้น 21 ยูนิต 2002 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

Please fill out the information in this document along with the specified form and send it back to the company via the following channels:

Life Insurance Claims Department

Generali Life Assurance (Thailand) Public Company Limited

1 Park Silom, 21st Floor, Unit 2002, Convent Road, Silom, Bang Rak, Bangkok 10500



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันเสาร์ 08.30-20.00 น. LINE: @GeneraliThailand หรือ Email: info@generali.co.th

If you have any further questions or concerns, please contact our Customer Relations Center at Tel 1394, during business hours
Monday - Friday from 8:30 AM - 8:00 PM and Saturday from 8:30 AM - 5:00 PM. LINE: @GeneraliThailand or
Email: info@generali.co.th



บริษัท เจนเนอรัลลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สีสบ ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิท 2002
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394