



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

## การเรียกร้องสินไหม กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (S5C)

ตัวจริง / สำเนา

- |                                     |                                     |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหม กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ใบเสร็จรับเงิน หรือ ใบสรุปหน้างบค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล                                 |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | สำเนารายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือผลทางพยาธิวิทยา(Pathology report) ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ที่ลงนามสำเนาถูกต้อง   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด (ถ้ามี)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง หากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | กรมธรรม์ต้นฉบับ (ใช้ในกรณีเป็นมะเร็งระยะลุกลาม)   |

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

1. เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
2. ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
3. หากปรากฏว่า ชื่อ หรือ นามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
4. ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดเชยสินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

### ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ฝ่ายพิจารณาสินไหม)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1, 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

## แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

### 1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเลขกรมธรรม์ .....

ชื่อ นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

ที่อยู่ .....

อาชีพ ..... วัน เดือน ปี เกิด .....

ระบุสถานที่นำส่งเช็คค่าสินไหม (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์) .....

### 2. รายละเอียดการเรียกร้องสินไหมทดแทน

2.1 ลักษณะอาการซึ่งทำให้ท่านต้องเข้าพบแพทย์

.....  
.....

2.2 อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใดก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

.....

2.3 วันที่เข้าพบแพทย์ครั้งแรก

.....

2.4 ลักษณะอาการป่วยขั้นพื้นฐานและอาการป่วยที่เพิ่มขึ้น

.....

2.5 ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับอาการป่วยลักษณะเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่ ถ้าใช่ให้แนบรายละเอียดด้วย

.....



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
 Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
 Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
 ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

**3. รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้**

3.1 กรุณาให้รายละเอียดเกี่ยวกับการรับคำปรึกษาจากแพทย์

ชื่อแพทย์.....

ที่อยู่.....

วันที่เข้าปรึกษาแพทย์.....

3.2 ถ้าคุณเคยเข้ารักษาเกี่ยวกับอาการป่วยลักษณะเดียวกันนี้ กรุณาแสดงรายละเอียด

โรงพยาบาล .....

วันที่เข้ารับการรักษา ..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล .....

3.3 รายชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (นอกเหนือจากข้อ 3.1 และข้อ 3.2)

.....

.....

**4. ขอรับเงินสินไหม โดย**

4.1  โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขบัญชี.....

4.2  เช็คเข้าบัญชี นำส่งที่อยู่.....

(ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุตรไปรษณีย์)



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

## 5. ข้อมูลทั่วไป

5.1 ท่านหรือครอบครัวของท่านคนใดคนหนึ่ง(บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้อง) เป็น หรือ เคยเป็นโรคที่มีอาการคล้ายคลึง

หรือเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยดังกล่าวหรือไม่  ไม่มี  มี โปรดแถลงรายละเอียด

ระบุความสัมพันธ์ ..... วันที่รับการวินิจฉัย .....

ชนิดของโรค/อาการ .....

5.2 ท่านเคยมีประวัติการเรียกร้องสินไหมในโรคดังกล่าวกับบริษัทประกันชีวิตอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี โปรดระบุรายละเอียด

ชนิดของการประกันภัย .....

จำนวนเงินสินไหมที่ได้รับหรือกำลังเรียกร้อง .....

5.3 ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

สูบ  ไม่สูบ

ถ้าสูบ สูบปริมาณเท่าใดต่อวัน .....

สูบมานานเท่าใด .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริง และทราบดีหากข้อความดังกล่าวไม่ตรงต่อความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลเสียต่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนและการพิจารณาต่อสัญญาประกันของบริษัทได้

ลายเซ็นและผู้เอาประกันภัย ..... วันที่ .....

กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้ ให้ญาติหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เอาประกันในระหว่างที่เจ็บป่วยเป็นผู้กรอกและเซ็นชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์ลงแบบฟอร์มนี้

ข้าพเจ้ามอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โยสัทยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ต่อ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ก็ได้ อนึ่งสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นและผู้เอาประกันภัย ..... วันที่ .....

(.....)



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

### หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
(เป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมของ ค.ช./ค.ญ. \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี)

อยู่บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ บัตรข้าราชการเลขที่ \_\_\_\_\_

บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_

บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_

บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_

ในฐานะที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยของ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้  
ความยินยอมเป็นหลักฐานไว้กับโรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้า  
หรือประวัติสุขภาพ / การเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมา เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์  
ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทน  
ตามกรมธรรม์ได้

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม

( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

( \_\_\_\_\_ )

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

(ระบุด้วยว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัย บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ใช้ได้เฉพาะผู้ที่  
ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ