



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

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารชิตี 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

การเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติมการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติ/โรคมะเร็ง (CIR/CA/FC)

ตัวจริง / สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมตามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติ/โรคมะเร็ง |
| <input checked="" type="checkbox"/> | หรือ <input checked="" type="checkbox"/> | ใบเสร็จรับเงิน หรือใบสรุปหน้างบค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนารายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือผลทางพยาธิวิทยา(Pathology report) ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง โดยหน่วยงานที่ออกให้ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ที่ลงนามสำเนาถูกต้อง |
| <input checked="" type="checkbox"/> | หรือ <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง หากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน |

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้خذใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ฝ่ายพิจารณาสินไหม)

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



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

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารชิตี 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

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมตามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองการเจ็บป่วยชั้นวิกฤต/โรคมะเร็ง

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 อาคารสารชิตี 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.....

(ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)



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

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสารใต้ 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 โปรดแสดงรายละเอียด

ระบุความสัมพันธ์ วันที่รับการวินิจฉัย

ชนิดของโรค/อาการ

5.2 ท่านเคยมีประวัติการเรียกร้องสินไหมในโรคดังกล่าวกับบริษัทประกันชีวิตอื่นหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุรายละเอียด

ชนิดของการประกันภัย

จำนวนเงินสินไหมที่ได้รับหรือกำลังเรียกร้อง

5.3 ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ สูบ ไม่สูบ

ถ้าสูบ สูบปริมาณเท่าใดต่อวัน

สูบมานานเท่าใด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริง และทราบดีหากข้อความดังกล่าวไม่ตรงต่อความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจมีผลเสียต่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนและการพิจารณาต่อสัญญาประกันของบริษัทได้

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย วันที่

กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้ ให้ญาติหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เอาประกันในระหว่างที่เจ็บป่วยเป็นผู้กรอกและเซ็นชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์ลงแบบฟอร์มนี้

ข้าพเจ้ามอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ก็ได้ หนึ่งสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย 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