



บริษัท เอไอเอ จำกัด
เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์: (66) 2634 8888

ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทั่วไป

โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

ชื่อผู้เอาประกันภัย

☐ VIP CUSTOMER

กรมธรรม์เลขที่ T -		U -	
PA เดี่ยว P -		M -	
PA กลุ่ม P -		ประกันกลุ่ม (ถ้ามี)	
ลำดับที่		ใบรับรองเลขที่	

ชื่อหน่วย

รหัสหน่วย

เบอร์โทร สำนักงาน

รหัสสำนักงาน

อาคาร

ชื่อตัวแทน

รหัสตัวแทน

☐ MDRT

☐ ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่ ☐ ส่งบันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก

ประเภทการเรียกร้องสินไหม	เอกสารที่นำส่ง โปรดเรียงลำดับดังนี้
☐ อุบัติเหตุ (โปรดระบุ) ☐ ผู้ป่วยใน IPD ☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่คลินิก ☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่โรงพยาบาล ☐ เจ็บป่วย (โปรดระบุ) ☐ ผู้ป่วยใน IPD ☐ Day Case ☐ ผู้ป่วยนอก OPD ☐ เคลมต่างประเทศ ☐ บันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible Record) ☐ ค่ารักษา และ/หรือ นอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต ☐ โรคภัยแรง ☐ ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบี้ยประกันภัย ☐ สูญเสียอวัยวะ ☐ อายุขัยเฉลี่ยสินไหม, เปลี่ยนชีพเฉลี่ยสินไหม ☐ อื่นๆ(โปรดระบุ)..... ☐ ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน	☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....หน้า ☐ ใบเสร็จต้นฉบับ.....หน้า ☐ สำเนาใบเสร็จ.....หน้า ☐ ใบสรุปค่าใช้จ่าย.....หน้า ☐ ใบรับรองแพทย์.....หน้า ☐ ใบมอบอำนาจและ / สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า ☐ กรมธรรม์.....หน้า ☐ फिल्म X-Ray / CD.....หน้า ☐ สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า ☐ จดหมาย.....หน้า ☐ ประวัติการรักษา.....หน้า ☐ สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า ☐ เชื้อ.....หน้า ☐ หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า ☐ แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า ☐ แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์หน้า ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ / กระแสรายวัน.....หน้า ☐ (เพื่อขอรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร) ☐ สำเนาบัตรประชาชนที่มีบัญชีพร้อมเพย์.....หน้า ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....หน้า

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย

(สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ www.aia.co.th > บริการลูกค้า > ดาวน์โหลดฟอร์ม > แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม)

ชื่อผู้ส่งเอกสาร..... วันที่ส่งเอกสาร.....

เอกสารที่จำเป็นแต่ละประเภทQR



สำเนาเจ้าหน้าที่บริษัท	☐ Walk-In	☐ Mailing
ตรวจสอบเอกสารโดย.....	☐ ครบ	☐ ไม่ครบ
ลูกค้าระบุสถานที่รับ Cheque ที่	☐ CSC	☐ Mail
	☐ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	



C41500

เอกสารใช้ประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนขณะผู้เอาประกันภัยยังมีชีวิตอยู่

เอกสารหรือหลักฐาน	ประเภทการเรียกร้องสินไหม										อื่นๆ		
	บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ				เจ็บป่วย		ค่าชดเชยรายวัน (HI /HB) (2)	บริการสินไหมต่างประเทศ	บันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก	หตุผลภาพการสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ (3)	เจ็บป่วยจากโรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรง (4)	ลาหยุดหรือเปลี่ยนเช็คสินไหม	ขอเอกสารคืน
	คำร้ความกรณีผู้ป้วยใน (IPD)	คำร้ความกรณีผู้ป้วยนอก (OPD)	คำชดเชยกรณีบาดเจ็บบาดเจ็บบาดเจ็บ (1)	คำชดเชยกรณีกระดูกแตกหักจากอุบัติเหตุ	คำร้ความกรณีผู้ป้วยใน (IPD)/Day Case	คำร้ความกรณีผู้ป้วยนอก (OPD)							
1. แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมสำหรับผู้เอาประกัน และสำหรับแพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-
2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย	✓	✓	-	-	✓	✓	-	✓	-	-	-	-	-
3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน และ/หรือใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย	-	-	★	★	-	-	★	-	✓	-	★	-	-
4. ประวัติการรักษา/บันทึกการฉีดวัคซีนหรือเซรุ่ม	★	★	★	★	★	★	★	★	-	★	★	-	-
5. สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา	-	-	-	-	★	★	-	★	-	-	★	-	-
6. ฟิล์ม X-Rays, CT, MRI, EMG, PET SCAN พร้อมผลอ่าน, CD, ภาพถ่ายปัจจุบัน	★	★	★	★	★	★	★	★	-	★	★	-	-
7. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ	★	★	★	★	-	-	★	-	-	★	-	-	-
8. สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรก พร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	-
9. แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓
10.แบบฟอร์มขออายุต์/เปลี่ยนเช็คสินไหม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	-
11.หนังสือแจ้งการจ่ายสินไหมประกันร่วม หรือสวัสดิการอื่นๆ	★	★	★	-	★	★	★	★	✓	-	-	-	-

- หมายเหตุ: ✓ จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา
- ★ ใช้ประกอบการพิจารณาในบางกรณี
- ไม่จำเป็นต้องใช้

ตัวอย่าง เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณาสินไหม

(1) ผลประโยชน์ค่าชดเชยกรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

กรณี	ให้นำส่งพร้อม
ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	สำเนาใบเสร็จรับเงิน และ/หรือใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย
ได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรม	บันทึก หรือรายงานการผ่าตัด
มีการตรวจหัก แดกร้าว หรือเคลื่อน	Film X-rays, CT, MRI พร้อมผลอ่าน
การบาดเจ็บมีผลมาจากการลอบทำร้าย	สำเนาบันทึกระหว่างของตำรวจ

(2) ผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวัน (HBX/HBPG)

กรณี	ให้นำส่งพร้อม
ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	สำเนาใบเสร็จรับเงิน และ/หรือใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย
ได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรม	บันทึก หรือรายงานการผ่าตัด

(3) ผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพการสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะ

กรณี	ให้นำส่งพร้อม
อวัยวะที่สูญเสีย คือ ตา	ใบรายงานการตรวจตา พร้อมรูปถ่ายปัจจุบัน
อวัยวะที่สูญเสีย คือ มือ เท้า แขน หรือ ขา	Film X-rays พร้อมรูปถ่ายปัจจุบัน พร้อมผลอ่าน

(4) ผลประโยชน์กรณีเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรง

กรณี	ให้นำส่งพร้อม
โรคมะเร็ง	ผลการตรวจเนื้อเยื่อ เลือด หรือไขกระดูกทางกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์ หรือแพทย์ทางโลหิตวิทยา <i>กรณีที่ไม่ได้ตรวจขณะมีชีวิตอยู่</i> ให้แนบผลชันสูตรศพเมื่อเรียกร้องสินไหมมรณกรรม
โรคตับแข็ง	ประวัติการรักษา ผลการตรวจเนื้อเยื่อตับทางกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์ และผลการตรวจ Ultrasound , CT Scan ช่องท้อง
โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน	ประวัติการรักษา และผลการตรวจ CT, MRI สมอง
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	ประวัติการรักษา และผลตรวจเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary Angiogram)
การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ	ประวัติการรักษา และรายงานการผ่าตัด
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด	ประวัติการรักษา ผลการตรวจเลือดเพื่อการทำงานของหัวใจ (Cardiac Enzyme) และผลตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ (ECG)
โรคไวรัสตับอักเสบขั้นรุนแรง	ประวัติการรักษา ผลการตรวจเลือดเพื่อการทำงานของตับ (Liver function test) และผลการตรวจ Ultrasound ช่องท้อง
ไตวายเรื้อรัง	ประวัติการรักษา ผลการตรวจเลือดเพื่อการทำงานของไต (Renal function test) และผลการตรวจ Ultrasound ช่องท้อง
การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ หรือปลูกถ่ายไขกระดูก	ประวัติการรักษา และรายงานการผ่าตัด
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชนิดถุงลมปอดโป่งพอง	ประวัติการรักษา และผลตรวจการทำงานของปอด (Lung function test)
โรคกล้ามเนื้อเสื่อม	ประวัติการรักษา และผลตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (EMG)
โรคระบบประสาทมัลติเพิล สเคเลอโรสิส	ประวัติการรักษา และผลตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)
โรคโปลิโอ	ประวัติการรักษา และผลตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)
โรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย	ประวัติการรักษา และผลตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)
สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส	ประวัติการรักษา และผลตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)
แผลไหม้ถาวร	ประวัติการรักษา และผลการประเมินระดับของบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกตามหลักเกณฑ์ Rule of nine ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยศัลยแพทย์
ภาวะโคม่า	ประวัติการรักษา และผลการวินิจฉัยระบบประสาทโดยอายุรแพทย์ หรือประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon)
การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง	ประวัติการรักษา ผลการตรวจการบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL index)
โรคความผิดปกติทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของหัวใจ	ประวัติการรักษา และผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) จากอายุรแพทย์โรคหัวใจ หรือกุมารแพทย์โรคหัวใจ



บริษัท เอไอเอ จำกัด

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง CRITICAL ILLNESS CLAIMS FORM

ส่วนที่ 1 กรณารอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง
Part I To be completed by Insured / Claimant

ชื่อ / นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Insured's Name		
กรมธรรม์เลขที่ Policy number		
เลขที่บัตรประชาชน Identification Number	อายุ Age	ปี year
เพศ Gender		
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address		
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ Mobile Number	อีเมล Email Address	

รายละเอียดของการเรียกร้อง Nature of claim and related details

1. เรียกร้องค่าชดเชยโรคร้ายแรงด้วยโรค Name of the Critical illness you are Claiming for	1.
2. อาการของโรค Describe the symptom from date of onset	2.
3. อาการเหล่านี้ท่านเป็นมานานเท่าไร ก่อนปรึกษาแพทย์ครั้งแรก How long have you been having these symptoms from the date of your first consultation	3.
4. วันที่ปรึกษาแพทย์ครั้งแรก Date of first consultation	4.
5. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับโรคนี้ครั้งแรก The name, address and contact phone number of the doctor you first consulted for this illness	5.

ประวัติการปรึกษาแพทย์ / การรักษาในโรงพยาบาล Record of Medical Consultation / Hospitalization

6. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ท่านรักษาประจำ
The name, address and contact phone number of your regular doctor

ชื่อแพทย์ Name of Doctor	ที่อยู่ Address	เบอร์โทรศัพท์ Contact phone number
-----------------------------	--------------------	---------------------------------------

7. โปรดกรอกรายละเอียดของแพทย์ซึ่งท่านเคยปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้
Please give below the details of any doctor(s) who have been consulted in connection with this illness

ชื่อแพทย์ Name of Doctor	ที่อยู่ Address	วันที่ (วัน/เดือน/ปี) Date (DD/MM/YY)
ก.		
ข.		

8. โปรดระบุรายละเอียดการเข้ารับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้
Please give below the details of any Hospitalization in connection with this illness

ชื่อโรงพยาบาล Name of Hospital	วันที่เข้าโรงพยาบาล (วัน/เดือน/ปี) Date of Admission (DD/MM/YY)	วันที่ (วัน/เดือน/ปี) Date (DD/MM/YY)
ก.		
ข.		

รายละเอียดทั่วไป General Information

9. ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่? ถ้า "มี" โปรดระบุ
Are there any other illnesses/complaints treated for or suffered by you prior to the critical illness you are claiming for? If so, please give full details

ก.	
ข.	

10. ท่านมีญาติที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคนี้หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้หรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ

Have any your blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please give full details

☐ ไม่มี ☐ มี

ความสัมพันธ์
Relationship of relative

อาการเจ็บป่วย
Nature of illness

วันที่วินิจฉัย (วัน/เดือน/ปี)
Date of diagnosis (DD/MM/YY)

ก.			
ข.			

11. ท่านได้รับความคุ้มครองโรคร้ายแรงหรือผลประโยชน์เกี่ยวกับโรคนี้ที่บริษัทประกันอื่นๆด้วยหรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ

Have any your blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please give full details

☐ ไม่มี ☐ มี

ชื่อบริษัท
Name of Insurer

หมายเลขกรมธรรม์
Policy Number

ประเภท
Type of Benefit

จำนวนเงิน
Amount of Benefit

ก.			
ข.			

การส่งคำบอกกล่าวใดๆ ตามสัญญาประกันภัยเมื่อบริษัทได้ทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นไปยังที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email Address) หมายเลขโทรศัพท์ที่มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ แจกไว้แล้วให้ถือว่าวันที่ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือวันที่ส่งข้อความทางโทรศัพท์ที่เป็นวันที่ได้มีการส่งหนังสือ ข้อมูล หรือคำบอกกล่าวใดๆ และถือว่าผู้เอาประกันภัยหรือเจ้าของกรมธรรม์ ได้รับคำบอกกล่าวโดยชอบแล้ว ณ วันที่ส่ง

การแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)

โดยจากนี้ไป ขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำเงินสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทุกกรมธรรม์ ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงค์ เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า ตามที่ระบุดังต่อไปนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

☐ บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของข้าพเจ้า ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (แนบสำเนาบัตรประชาชน)

☐ บัญชีธนาคาร (แนบสำเนานำสมุดบัญชีธนาคาร) ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี เลขที่

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงค์ขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ และยินยอมให้เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด

หมายเหตุ : ลายมือชื่อเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / เจ้าของบัญชี (กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท)

หนังสือให้ความยินยอม / Authorization

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

(
ลายมือชื่อพยาน
Witness

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง
Signature of Insured / Claimant

(
ลายมือชื่อพยาน
Witness

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)
Date (DD/MM/YY)



C11000

ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา

CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE

กรณารอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Must be completed for all critical illness to be claimed by Doctor at insured's expense

ชื่อผู้ป่วย: นาย / นาง / นางสาว Patient's Name: Mr. / Mrs. / Miss		HN:
เลขที่บัตรประชาชน Identification Number		AN:
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	อายุ _____ ปี Age _____ year	XN:

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

Part II General Information

a. Are you the Insured's usual medical physician? If "YES", over what period do your records extend?	Yes ☐	No ☐
b. When were you first consulted for this illness? What were the symptoms and at that time how long had they been present?	_____ DD/MM/YY	
c. Has the Insured previously suffered from the illness or any related condition? If "YES", please give dates of consultations and the resulting diagnosis.	Yes ☐	No ☐
d. On which date was the diagnosis made?	_____ DD/MM/YY	
e. Is there anything in the Insured's family history which would have increased the risk of illness? If "YES", please give details of the Insured's family history	Yes ☐	No ☐
Details of Diagnosis Please provide full and exact details of the diagnosis _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Other/Additional Information Please provide names, addresses and dates of doctors and hospitals, which the Insured has been referred and/or admitted to _____ _____ _____ _____ _____ _____		

ส่วนที่ 3 รายละเอียดความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของผู้เอาประกันภัย

Part III Details of Insured's Critical Illness

โรคมะเร็ง ยกเว้นมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

Cancer except hematologic and lymphoid malignancies

1. Please describe the extent of the disease.

i. What is the definite diagnosis?

ii. When was the tumor or cancer diagnosed?

(DD/MM/YYYY)

iii. What is the TNM classification or staging of the tumor or cancer?

TNM classification; T _____ N _____ M _____ Staging of tumor or cancer _____

YES

NO

iv. Was the disease completely localized?

☐☐

v. Was there regional nodal involvement or distant metastasis?

☐☐

If 'YES', please describe degree of regional nodal involvement, and/or extent of distant metastasis.

2. Please describe regarding the treatment for the insured.

i. What was the treatment the insured received?

☐ Surgery☐ Endoscopic treatment☐ Chemotherapy☐ Radiotherapy☐ Palliative☐ Others _____

Please provide details of the procedure(s).

ii. Please provide the further treatment which will be performed to the insured.

3. Investigational/Laboratory report

YES

NO

i. Was a biopsy of the tumor performed?

☐☐

ii. Was the HIV test performed?

☐☐

If 'YES', please give result.

(DD/MM/YYYY)

iii. Please identify all investigational reports which were performed and attached such reports to this form.

☐ Tumor markers☐ Cytological report☐ Surgical reports☐ Pathological reports☐ Chromosome study☐ Immunohistochemistry☐ Bone marrow aspiration / biopsy☐ X-rays / Ultrasound☐ CT scans☐ MRI scans☐ PET scans☐ Bone scan☐ Any other imaging studies _____☐ Any relevant laboratory evidence _____☐ Any relevant hospital reports _____

4. Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es).

Additional information

To be completed by Attending Physician

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

Name of Doctor _____ Signature _____

Qualification _____ Specialty _____ Thailand's Medical Registration _____

Name of Hospital/Official Stamp _____ Telephone No. _____ Date _____

ส่วนที่ 3 รายละเอียดความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของผู้เอาประกันภัย

Part III Details of Insured's Critical Illness

มะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
Hematologic and lymphoid malignancies

1. Please describe the extent of the disease.

i. What is the definite diagnosis?

ii. When was the cancer diagnosed?

(DD/MM/YYYY)

iii. What is the staging of the cancer?

YES

NO

iv. Was the disease completely localized?

☐
☐

v. Was there regional nodal involvement or distant metastasis?

☐
☐

If 'YES', please explain regarding the regional nodal involvement, and/or extent of distant metastasis.

2. Please describe regarding the treatment for the insured.

i. What was the treatment insured received?

☐ Surgery

☐ Bone Marrow Transplant

☐ Chemotherapy

☐ Radiotherapy

☐ Others

Please provide details of the procedure(s).

ii. Please specified the further treatment which will provide to the insured.

3. Investigations/Laboratory report

YES

NO

i. Was a biopsy of the tumor performed?

☐
☐

ii. Was the HIV test performed?

☐
☐

If 'YES', please give result.

(DD/MM/YYYY)

iii. Please identify all investigational reports which were performed and attach such reports to this form.

☐ CBC

☐ LDH

☐ Bone marrow aspiration / biopsy

☐ Chromosome study

☐ Flow Cytometry / Immunohistochemistry

☐ Cytological report

☐ Cytogenetic / Molecular analysis

☐ Pathological reports

☐ Surgical reports

☐ X-rays

☐ Ultrasound

☐ MRI scans

☐ CT scans

☐ PET scans

☐ Bone scan

☐ Any other imaging studies

☐ Any relevant laboratory report

☐ Any relevant hospital reports

4. Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es).

Additional information

To be completed by Attending Physician

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

Name of Doctor

Signature

Qualification

Specialty

Thailand's Medical Registration

Name of Hospital/Official Stamp

Telephone No.

Date