

แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมกรรมธรรม์ประกันมะเร็ง (Cancer Claim Form)

1. กรุณากรอกแบบฟอร์มส่วนที่ 1 ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงลายชื่อผู้เรียกร้อง
Please complete Section 1 in full.
2. ให้แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา กรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องในส่วนที่ 2 พร้อมลายเซ็นแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา
Please ask your attending doctor to complete Section 2, sign the form and affix the hospital's stamp.
3. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหม ที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะไม่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้
Please note that incomplete Claim Forms cannot be processed for settlement of claim payments.

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน กรุณากรอกข้อมูลส่วนนี้ให้ครบถ้วน Section 1 Claim Information – To be completed by the Claimant

1. ชื่อ-สกุลของผู้เรียกร้อง
Full name of Claimant _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____
Age _____ (years) Occupation _____
2. ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง
Full address of Claimant _____
โทรศัพท์ Telephone No. _____ โทรสาร Fax No. _____
3. หมายเลขกรรมธรรม์ เลขที่หนังสือรับรองการประกันภัย (ถ้ามี) วันหมดอายุกรรมธรรม์
Policy No. _____ Insurance Certificate No. (if any) _____ Policy Expiry Date _____
6. วันเดือนปีเกิดของผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เลขที่บัตรประชาชน
The Patient's date of birth _____ Sex Male Female ID Card No. _____
7. ประเทศที่พำนักอาศัย สัญชาติ เชื้อชาติ
Usual country of residence _____ Nationality _____ Race _____
8. ชื่อนายจ้างของผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย (ถ้ามี)
Full name of the Patient's employer (if any) _____
9. ที่อยู่นายจ้างของผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย (ถ้ามี)
Full address of the Patient's employer (if any) _____
โทรศัพท์ Telephone No. _____ โทรสาร Fax No. _____

รายละเอียดของการบาดเจ็บหรือป่วยไข้ The details of injuries or illness

10. วันที่เกิดอาการบาดเจ็บหรือป่วยไข้ครั้งแรก วันที่สุดท้ายที่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ
The date that the injury or illness first occurred _____ What was the last date that the Patient could work normally before treatment _____
11. โปรดระบุชื่อของแพทย์ที่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยไปพบประจำ
Please give the name of the Patient's usual doctor _____
12. ที่อยู่ของแพทย์
Full address of the Patient's usual doctor: _____
โทรศัพท์ Telephone No. _____ โทรสาร Fax No. _____

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท เอ็มเอสไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorise any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish **MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited** or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital and medical records that are related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงชื่อ _____ ผู้ป่วย (หากผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้เรียกร้องลงชื่อแทน) วันที่ _____
Signed _____ The Patient (If the Patient is aged under 18, the Claimant should sign on his/her behalf.) Date _____

ส่วนที่ 2 รายงานทางการแพทย์ กรอกโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

Section 2 Medical Information – To be completed by the Treating Doctor

The Patient's Name HN AN

1. Please describe the exact details of your patient's condition.
.....
.....
2. When did your patient first consult you for this condition?
3. When did your patient first become aware of his condition?
4. Has your patient suffered any previous episodes of this condition or any conditions leading to it or relating to it? If so please give details.
.....
5. Are you aware of any members of your patient's close family who have suffered from this or any similar condition?
.....
6. Please give the name and address of all consultants, specialists or hospitals attended by your patient for this condition.
.....
7. Please complete the section below relating to your patient's condition. Please confirm the diagnosis of cancer and give exact details of the type of tumor. Please give histology and staging of tumor. Please give an exact description of the site of the tumor.
.....
.....
.....
.....
8. Have any other investigatory tests or procedures been performed? If so, please give details.....
.....
.....
9. Please give details of your patient's smoking habits, both past and present.
10. Please give below any other information which you feel would be helpful in the assessment of your patient's claim.
.....
.....
.....

Our Chief Medical Officer would be most grateful if you could send copies of any specialist or hospital reports, together with any tests, or similar evidence to support the validity of your patient's claims.

Other Comments

Signed Medical License No.

(.....) Specialty Date:.....

Hospital Name.....