

บริษัท ไทยไฟพลูย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหม

กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

สำหรับผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์

กรณารอกรายละเอียด

1. ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....  
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....  
โทรศัพท์.....
2. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย  
2.1 ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....  
เพศ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
2.2 บัตรประชาชนเลขที่.....
3. เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย.....
4. สาเหตุของการเรียกร้องค่าทดแทน  
 เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง  
 โรคมะเร็ง  
ตรวจพบ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.
5. สาเหตุ/เหตุการณ์ (บรรยายเหตุการณ์โดยละเอียด).....  
.....

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์รวบรวมเอกสารดังระบุไว้ต่อไปนี้ และส่งให้กับบริษัทฯ ภายใน 30 วันนับแต่วันที่เกิดความสูญเสีย โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

เอกสารประกอบการพิจารณาขอใช้ค่าสินไหมทดแทน

- 1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- 2) ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญและผลการตรวจวินิจฉัยโรค
- 3) ผลการตรวจเนื้อเยื่อจากห้องปฏิบัติการ
- 4) สำเนาแฟ้มประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล
- 5) สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน ที่ลงลายมือชื่อรับรอง
- 6) เอกสารหรือหลักฐานตามที่บริษัทต้องการตามความจำเป็น (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า ขอแถลงว่า รายงานข้างต้นเป็นจริงทุกประการและขอรับรองว่า ถ้าข้าพเจ้ากระทำการปลอมแปลงเอกสารทั้งหมดหรือบางส่วน หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงแล้ว แล้วสิทธิที่จะได้จากการขอรับค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นอันหมดสิ้นไปโดยทันที

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย ..... ลงชื่อผู้รับประโยชน์หรือผู้กระทำการแทน .....

( )

( )

วัน/เดือน/ปี.....

ความสัมพันธ์.....

วัน/เดือน/ปี.....