

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง  
To be completed by Insured / Claimant

ชื่อ / นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Insured's Name		
กรมธรรม์เลขที่ Policy number		
เลขที่บัตรประชาชน Identification Number	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	อายุ ปี เพศ Age year 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)
_____	_____	_____

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)
_____	_____	_____

รายละเอียดทั่วไป  
General Information

9. ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่? ถ้า "มี" โปรดระบุ

Are these 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

ไม่มี  มี

ก. _____
ข. _____

10. ท่านมีญาติที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคนี้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้อหรือไม่? 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. ท่านได้รับความคุ้มครองโรคร้ายแรงหรือผลประโยชน์เกี่ยวกับโรคนี้อันที่บริษัทประกันอื่นๆด้วยหรือไม่? 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.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง  
Signature of Insured / Claimant

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)  
Date (DD/MM/YY)