

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- ค่าสินไหมทดแทนคุ้มครองการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติหรือโรคร้ายแรง/โรคมะเร็ง/โรคมะเร็งสตรี (CIR/CA/FC/CI50)
 - ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนคุ้มครองการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติหรือโรคร้ายแรง/โรคมะเร็ง/โรคมะเร็งสตรี (CIR/CA/FC) **ต้นฉบับ** (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
 - ☐ ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
 - ☐ รายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือผลทางพยาธิวิทยา (Pathology Report) **ต้นฉบับ**
 - ☐ สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด/ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT/MRI) ฯลฯ
 - ☐ หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา **ต้นฉบับ**
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชน* พร้อมลงนามรับรองเอกสาร
 - ☐ ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน
 - ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
 - ☐ กรมธรรม์ฉบับจริง : หากกรมธรรม์สูญหายสามารถใช้รายงานประจำวันแจ้งกรมธรรม์สูญหายต้นฉบับ (ใช้กรณีที่เรียกร้องสินไหมแล้วมีผลให้สัญญาประกันชีวิตสิ้นสุดลง)

เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี

- ☐ กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง

บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

หมายเหตุ

1. รายการเอกสารที่นำส่งบริษัท ฯ หากเอกสารเป็นสำเนา ต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ
2. หากท่านประสงค์ขอรับเงินโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

* โปรด ชิดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ฯ ดำเนินการขีดฆ่าทับ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร:: ฝ่ายพิจารณาสินไหม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชั่นารี ปาร์ค – เซอร์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

☎ หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ Call Center โทร 02-648-3600, LINE: @rabbit_life หรือ E-mail: cs@rabbitlife.co.th
ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.00 – 17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

CLA_07072025

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนคุ้มครองการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติหรือโรคร้ายแรง/โรคมะเร็ง/โรคมะเร็งสตรี CIR/CA/FC/CI50)

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง (เพื่อเป็นการรักษามลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์)

(หน้า A)

1. รายละเอียดของผู้เอาประกัน

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย _____ กรมธรรม์เลขที่ _____ ☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance

อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ ☐ อื่นๆ _____ เลขที่ _____

สถานที่ติดต่อปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก _____ อีเมล _____

สถานที่ทำงาน _____ อาชีพ/ลักษณะงาน _____

ท่านมีประกันกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์) _____

ท่านประสงค์รับเงินสินไหมโดย ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร _____ เลขที่บัญชี _____ (พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

☐ ขอรับเป็นเช็ค ที่อยู่ในการจัดส่ง _____ (ต้องมีผู้เซ็นได้รับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)

2. รายละเอียดการเรียกร้องสินไหม

- 2.1 เรียกร้องสินไหมด้วยโรค _____
- 2.2 ลักษณะอาการซึ่งทำให้ท่านต้องเข้าพบแพทย์ _____
- 2.3 อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะเข้ารักษาแพทย์ครั้งแรก _____
- 2.4 วันที่ปรึกษาหรือเข้าพบแพทย์ครั้งแรก _____
- 2.5 ลักษณะอาการป่วยขั้นพื้นฐานและอาการป่วยที่เพิ่มขึ้น _____

3. รายละเอียดของการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ / การรักษาในสถานพยาบาล

3.1 กรุณาให้รายละเอียดเกี่ยวกับการรับค่ารักษาจากแพทย์

ชื่อแพทย์ _____ ชื่อสถานพยาบาล _____ วันที่เข้ารักษาแพทย์ _____

3.2 ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับการป่วยลักษณะเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ ใช่ (ถ้าใช่ กรุณาแนบและโปรดแนบรายละเอียด)

ชื่อสถานพยาบาล	วันที่เข้ารับการรักษา	วันที่ออกจากโรงพยาบาล

3.3 รายชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (นอกเหนือจากข้อ 3.1 และข้อ 3.2)

ชื่อสถานพยาบาล	วันที่เข้ารับการรักษา	อาการ/คำวินิจฉัยโรค

4. ข้อมูลทั่วไป

4.1 ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้า “มี” โปรดระบุ _____

4.2 ท่านมีประวัติสูบบุหรี่หรือไม่ ☐ สูบ ☐ ไม่สูบ ถ้าสูบ สูบปริมาณเท่าใดต่อวัน _____ สูบมานานเท่าใด _____

4.3 ท่านได้มีการเรียกร้องสินไหมในโรคดังกล่าวกับบริษัทประกันชีวิตอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุรายละเอียด _____

ชื่อบริษัท	ชนิดของการประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____
--	---

ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)
---	---

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (ระบุว่าเป็นข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CLA_07072025

โปรดกรอกรายละเอียดและลงนามให้ครบทั้ง 2 หน้า

หน้า A/B

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมา ในครั้งนี้ หรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรรมสิทธิ์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ (แล้วแต่กรณี) ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรรมสิทธิ์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใด ๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ ตามกรรมสิทธิ์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ฯ แล้วที่ www.rabbitlife.co.th

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้อีกว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____
(_____)
ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____
(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน)
วันที่ _____

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____
(_____)
ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย
ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____
(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์)
วันที่ _____

ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง
(_____)

ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง
(_____)

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์
กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์
2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วนิ้วแม่มือ (ระบุว่าเป็นข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CLA_07072025

ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Medical certification)

Patient's Name: _____ ID No. _____ HN : _____ AN : _____ Age _____ year(s) Sex : ☐ Male ☐ Female
Admission Date : _____ Time : _____ Discharge Date : _____ Time : _____ Consultation Date : _____

1. For Illness

- a) Date you first saw this patient for this illness : _____
b) How long had the patient experienced the symptoms : _____
c) Chief complaint and duration of symptom(s) : _____
d) Present illness : _____

2. For Injury

- a) Date of injury : _____ Time : _____
b) Cause of injury : _____
c) Details of injury : _____
d) Did you smell alcohol from the patient? ☐ No ☐ Not known
☐ Yes, blood alcohol test (if any) = _____ mg%
e) Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion
☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ Coma
f) Estimated time for recovery : _____

3. Did the patient need to be admitted to hospital? ☐ No ☐ Yes, indication for admission : _____

4. Vital signs : BT _____ C PR _____ /min RR _____ /min BP _____ mmHg

5. Pertinent Clinical findings (Signs & Symptoms) : _____

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.) : _____

7. HIV Test () No () Yes, Result : _____ Date performed : _____

8. Underlying disease : _____

9. Diagnosis 1 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 2 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 3 : _____ ICD10-TM : _____

10. Treatment : _____

Adjusted RW	

11. Surgery/Operation : _____ ICD9-CM : _____ Date performed : _____

Anaesthesia Type : ☐ General Anaesthesia ☐ Spinal Anaesthesia ☐ Local Anaesthesia ☐ Others : _____

12. Pathological report : _____

13. Complications (if any) : _____

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☐ No ☐ Yes, please specify _____

15. For Female: Is the patient pregnant? ☐ No ☐ Yes, gestational age _____ weeks

Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify _____

16. Has patient ever been treated by another doctor before? ☐ No ☐ Yes, please give name and address _____

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

- a) Physical defects/congenital anomaly ☐ No ☐ Yes
b) Degenerative change(s) ☐ No ☐ Yes

18. Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital Name

19. Other comments about the injury / illness : _____

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

Physician's signature _____
(_____)

Medical specialty: _____
Tel no: _____

Thai Medical license no: _____
Date : _____

Medical institute: _____

Address: _____

[Hospital Stamp]

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council.

CLA_07072025

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ ของ _____
เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาขอใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์ และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโดยให้หนังสือฉบับนี้มีผลใช้บังคับจนกว่าจะขอใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับนี้ด้วยความยินยอมนี้แล้วเสร็จ
เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

หมายเหตุ :

- ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (เขียนระบุว่าลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้มีพยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน
- หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ
ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

CLA_07072025