

คำร้องเรียกร้องหลักประกันตะกาฟูล

ข้าพเจ้า (1)อายุ.....ปี (2).....อายุ.....ปี
 (3).....อายุ.....ปี (4).....อายุ.....ปี ในฐานะผู้รับประโยชน์
 ตามสัญญาตะกาฟูล ฉบับเลขที่ของ.....ขอเรียกร้องผลประโยชน์ตาม
 สัญญาตะกาฟูลฉบับดังกล่าว พร้อมทั้งขอแจ้งรายละเอียดต่างๆ ให้บริษัทฯ ทราบดังต่อไปนี้

ชื่อ / นามสกุล (สมาชิกตะกาฟูล).....	อายุ..... ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....
ภูมิลำเนาเดิม.....	โทรศัพท์.....
อาชีพ.....	สถานที่ทำงาน.....
สถานที่ถึงแก่กรรม.....	โทรศัพท์.....
ชื่อภรรยา/สามี.....	อาชีพ.....
ที่อยู่.....	จำนวนบุตร.....คน
สถานที่ทำงาน.....	โทรศัพท์.....
	โทรศัพท์.....

วันที่ถึงแก่กรรม.....	ด้วยสาเหตุ.....
สถานพยาบาลที่รักษา (1).....	เมื่อวันที่.....
(2).....	เมื่อวันที่.....
(3).....	เมื่อวันที่.....
ในอดีตเคยรับการรักษาด้วยอาการของโรค.....	
ชื่อสถานพยาบาลที่รักษา (1).....	เมื่อวันที่.....
(2).....	เมื่อวันที่.....
(3).....	เมื่อวันที่.....

ได้ทำสัญญาตะกาฟูลไว้กับบริษัท ฟิหนซ่าประกันชีวิต จำกัด หรือได้ทำประกันชีวิตหรืออุบัติเหตุกับบริษัทอื่นดังนี้ :-

บริษัท	เลขที่สัญญา / กรมธรรม์	จำนวนหลักประกัน/ทุนประกัน	สัญญามีผลบังคับหรือไม่
.....
.....
.....
.....

ผู้รับผลประโยชน์ตามสัญญาตะกาฟูล

ชื่อ / นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ (1).....	อายุ.....	ปี ความสัมพันธ์.....
(2).....	อายุ.....	ปี ความสัมพันธ์.....
(3).....	อายุ.....	ปี ความสัมพันธ์.....
(4).....	อายุ.....	ปี ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....	
อาชีพ.....	สถานที่ทำงาน.....	โทรศัพท์.....
กรณีผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้เยาว์(อายุไม่เกิน 15 ปี) อยู่ในความปกครองของ.....		เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่มอบให้บริษัท เป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....ผู้รับผลประโยชน์ ()	ลงนาม.....ผู้รับผลประโยชน์ ()
ลงนาม.....ผู้รับผลประโยชน์ ()	ลงนาม.....ผู้รับผลประโยชน์ ()
ลงนาม.....ผู้รับผลประโยชน์ ()	ลงนาม.....พยาน ()
วันที่เดือน.....พ.ศ.....	

รายงานตัวแทน

ชื่อตัวแทนที่ติดต่อชักชวนทำสัญญาตะกาฟูล.....รหัสตัวแทน.....

ชื่อตัวแทนที่เก็บเงินสมทบตะกาฟูล.....รหัสตัวแทน.....

ท่านรู้จักสมาชิกตะกาฟูลมานานเท่าใด.....ปี.....เดือน

ท่านมีความสัมพันธ์กับสมาชิกตะกาฟูลอย่างไร.....

รายละเอียดการเจ็บป่วยและการรักษาของสมาชิกตะกาฟูลตามที่ท่านทราบ.....

ท่านมีความเห็นว่าสมาชิกตะกาฟูลเจ็บป่วยมาก่อนทำสัญญาหรือไม่.....

ความเห็นในการพิจารณาหลักประกันตะกาฟูล จำย ปฏิเสธ (เหตุผล.....)

ลงนามผู้ทำรายงาน วันที่เดือน.....พ.ศ.....

()

ตำแหน่ง

หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ในฐานะผู้รับผลประโยชน์ของ..... สมาชิกตะกาฟูลของ บริษัท ฟินันชาประกันชีวิต จำกัด
ตามสัญญาตะกาฟูลเลขที่..... ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟินันชาประกันชีวิต จำกัด หรือผู้แทนเป็น
ผู้มีอำนาจดำเนินการขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพการตรวจรักษา และการวินิจฉัยโรคของ.....
แทนข้าพเจ้าได้

โดยยินยอมให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลถ่ายสำเนาประวัติการตรวจรักษา หรือออกไปรับรองแพทย์ให้แก่ บริษัท
ฟินันชาประกันชีวิต จำกัด หรือผู้แทนโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาหลักประกันตะกาฟูลให้แก่ข้าพเจ้าที่จะ
ได้รับอย่างถูกต้องเที่ยงธรรม

อนึ่ง การที่ข้าพเจ้าได้มอบอำนาจให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาในครั้งนี้ หากเกิดความ
เสียหายใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายนั้นทุกประการ

ลงนาม.....ผู้มอบอำนาจ
()

ลงนาม.....ผู้ดำเนินการ/ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงนาม.....พยาน
()

ใบรายงานแพทย์

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี.....
 หมายเลขบัตรโรงพยาบาล.....หมายเลขผู้ป่วยใน.....หมายเลขเอ็กซเรย์.....
 ชื่อสถานพยาบาล.....วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....น.

1. ผู้ป่วยรับการตรวจรักษาสถานพยาบาลแห่งนี้เป็นครั้งแรกเมื่อใด.....รับการรักษาโรคที่กำลังเจ็บป่วยนี้ครั้งแรกเมื่อใด.....
2. ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากแพทย์ท่านอื่นเพื่อเข้ารับการรักษาจากท่าน หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ส่งตัว.....
3. ผู้ป่วยมีอาการอย่างไรบ้าง.....
อาการดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่เมื่อใด.....
4. ในความเห็นของท่านอาการดังกล่าว และอาการตรวจพบดังกล่าวควรจะเกิดขึ้นมานานเท่าใด.....ปี.....เดือน
5. ผู้ป่วยเคยมาปรึกษา/รักษาอาการและ/หรือโรคดังกล่าว หรือโรคที่มีอาการใกล้เคียงกันหรือไม่ ไม่เคย เคย หากเคยตั้งแต่เมื่อใด.....
6. มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีหรือไม่ หากมีผล.....วันที่ตรวจ.....สถานที่ตรวจ.....
7. ลักษณะการเจ็บป่วยและการวินิจฉัย
 7.1.....7.2.....
8. ภาวะหรือสาเหตุโดยตรงที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย
 8.1.....8.2.....
9. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ ไม่มี มี
10. มีโรคหรือภาวะอื่นๆ ที่พบร่วมกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้หรือไม่ ไม่มี มี
11. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีส่วนสัมพันธ์กับการใช้ยาผิด เกินขนาดหรือยาเสพติดหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ.....
12. ประวัติการรักษาโรคอื่นๆ ในอดีต

วันที่	อาการ	ผลการวิจัย	ลักษณะการรักษา	ชื่อที่อยู่ของแพทย์ / โรงพยาบาลที่ทำการรักษา
.....
.....
.....
.....

วันที่.....แพทย์ผู้ให้การรักษา.....สาขาโรค.....
 ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....โรงพยาบาล/คลินิก.....
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลายเซ็น.....