



หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ส่วนที่ 1 เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

สาขา	วันที่
ชื่อผู้รับ	

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
 อาชีพ,ลักษณะงานที่ทำ..... สถานที่ทำงาน.....
 กรมธรรม์ทั้งหมดกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน).....
 กรมธรรม์กับบริษัทประกันภัยอื่น(ชื่อบริษัท, เลขกรมธรรม์).....

ประเภทเรียกร้อง เลือกลงได้มากกว่า 1 ข้อ เกล็ดเลือดต่ำ เกล็ดเลือดต่ำเฉียบพลัน เกล็ดเลือดต่ำต่อเนื่อง
 ค่าชดเชยอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยรายวัน โรคร้ายแรง สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ

กรณีอุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....
 สาเหตุจาก..... รายละเอียดการบาดเจ็บ.....
 กรุณาระบุรายละเอียดการบาดเจ็บในปัจจุบัน.....

กรณีเจ็บป่วย วันที่เข้ารับรักษา..... วันที่ออก..... สถานพยาบาลที่รักษา.....
 อาการเจ็บป่วย..... โรคที่รักษา.....
 ชื่อสถานพยาบาลทั้งหมดที่เคยตรวจรักษามาก่อน..... ตั้งแต่ปี พ.ศ.

การรับเงิน ข้าพเจ้ามีความประสงค์
 โอนเงินเข้าบัญชี Prompt Pay ด้วยเลขบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย (ต้องมีการแจ้งความจ้างงขอรับเงินผลประโยชน์ด้วย Prompt Pay ต่อบริษัทไว้ก่อนแล้ว)
 โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้เอาประกันภัย (ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี) ธนาคาร.....
 ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....
 รับเงินที่ 7-Eleven (ยอดเงินไม่เกิน 10,000 บาท) เบอร์มือถือ.....
 ยินยอมให้บริษัทแจ้งผลอนุมัติทาง SMS ที่มือถือหมายเลข..... ให้บริษัทคืนเอกสารใบเสร็จค่ารักษา / ใบรับรองแพทย์แก่ข้าพเจ้า

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยเพื่อการพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 ข้าพเจ้า ได้ทราบ และเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามหนังสือเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัท ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ - กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 คน

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้น ณ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่/สาขา.....
 ณ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ลงชื่อ X..... (.....) ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ..... (.....) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ <input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
ลงชื่อ..... (.....) พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต	ลงชื่อ..... (.....) พยาน

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. ผู้เรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยจะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหม รวมถึงลงลายมือชื่อยินยอมในการเปิดเผยประวัติด้วยตนเอง เว้นแต่

- 1.1 ผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทนผู้เอาประกันภัย
- 1.2 ผู้เอาประกันภัยอายุเกิน 10 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี ให้มีผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมมาด้วย
- 1.3 ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ โดยมีพยานลงชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างน้อย 2 คน
- 1.4 ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทน

2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง

- 2.1 เอกสารหลักฐานประกอบการเรียกร้องเบื้องต้น
 - (1) หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน และหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติ (แบบฟอร์มบริษัท ปช.16)
 - (2) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.17)
- 2.2 การเรียกร้อง กรณี**ค่ารักษาพยาบาล** เพิ่ม ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้าบ
- 2.3 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณี**การประกันภัยโรคร้ายแรง** เพิ่ม
 - (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - (2) เอกสารทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการพิจารณาแต่ละโรค เช่น รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อ รายงานการตรวจด้วยวิธี MRI / CT SCAN / X-ray รายงานผลการวินิจฉัยของแพทย์ รายงานผลการตรวจ
- 2.4 การเรียกร้องกรณี**กระดูกแตกหัก** เพิ่ม ใบรายงานผลจากรังสีแพทย์
- 2.5 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐหรือสถานการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

3. ช่องทางการติดต่อบริษัท

ศูนย์บริการข้อมูลผู้เอาประกันภัย หมายเลข 1124

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนา ให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่เว็บไซต์ <https://www.thailife.com/PrivacyPolicy> หรือ สามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ

