



ไทย
ประกัน
ชีวิต

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

123 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946

www.thaillife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

ปช.16

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ส่วนที่ 1 เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

สาขา

ชื่อผู้รับ

วันที่

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....
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.....
กรมการระบุรายละเอียดการบาดเจ็บในปัจจุบัน.....

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

การรับเงิน ข้าพเจ้ามีความประสงค์
☐ โอนเงินเข้าบัญชี Prompt Pay ด้วยเลขบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย (ต้องมีการแจ้งความจ้างขอรับเงินผลประโยชน์ด้วย Prompt Pay ต่อบริษัทไว้ก่อนแล้ว)
☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้เอาประกันภัย (ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี) ธนาคาร.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
☐ ยินยอมให้บริษัทแจ้งผลอนุมัติผ่าน SMS เข้ามือถือหมายเลข..... ☐ ให้บริษัทคืนเอกสารใบเสร็จค่ารักษา / ใบรับรองแพทย์แก่ข้าพเจ้า

หนังสือให้ความยินยอม

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้อธิบายผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้า ได้ทราบ และเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามหนังสือเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบไว้ให้แก่บริษัท 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.....ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
(.....) (.....) ☐ บิดา/มารดา
ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....
(.....) (.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต พยาน

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. ผู้เรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยจะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหม รวมถึงลงลายมือชื่อยินยอมในการเปิดเผยประวัติด้วยตนเอง เว้นแต่

- 1.1 ผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทนผู้เอาประกันภัย
- 1.2 ผู้เอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 10 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมมาด้วย
- 1.3 ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ โดยมีพยานลงชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างน้อย 2 คน
- 1.4 ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทน (ผู้อนุบาลหรือผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาล)

2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง

2.1 เอกสารหลักฐานประกอบการเรียกร้องเบื้องต้น

- (1) หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน และหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติ ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.16)
- (2) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.17)
- (3) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ เพิ่ม สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม
- (4) บุคคลسابสูญให้คัดสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งให้เป็นบุคคลسابสูญ

2.2 การเรียกร้อง กรณีค่ารักษาพยาบาล เพิ่ม ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้าบ

2.3 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โรคภัยแรง โรคเรื้อรังจากการดำเนินชีวิต การตรวจคัดกรอง โรคมัลไซเมอร์ เพิ่ม

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- (2) เอกสารทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการพิจารณาแต่ละโรค เช่น รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อ หรือรายงานการตรวจด้วยวิธี MRI / CT SCAN / X-ray ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลการวินิจฉัยของแพทย์ แล้วแต่กรณี

2.4 การเรียกร้องกรณีกระดูกแตกหัก เพิ่ม ใบรายงานผลจากรังสีแพทย์

2.5 กรณีนอนรักษาตัวในห้อง ICU เพิ่ม ใบสรุปหน้าบ ที่แสดงจำนวนวันนอนในห้อง ICU

2.6 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐหรือสถาบันการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

3. ช่องทางการติดต่อกับบริษัท

ศูนย์บริการข้อมูลผู้เอาประกันภัย หมายเลข 1124

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนา ให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป

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

