



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
Tels. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

หนังสือเรียกร้องผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัย

Waiver of Premium for Disability Benefit and Waiver of Premium for Payor Benefit

ส่วนที่ 1 เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทอาจถือว่า การเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์
Please fill out completely and sign Authorization at the bottom

สาขา	ชื่อผู้รับ	วันที่
ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกัน Name of Insured อายุ Age เลขประจำตัวประชาชน ID No. / Passport No. เบอร์โทรศัพท์ Tel./Mobile ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ Preferred Address ถนน Street อำเภอ/เขต District จังหวัด Province รหัสไปรษณีย์ Postcode ชื่อ-นามสกุลผู้ชำระเบี้ย Name of Premium Payment เลขประจำตัวประชาชน ID No. / Passport No.		
เลขกรมธรรม์ทั้งหมดกับบริษัท Policy No. (all) กรมธรรม์กับบริษัทประกันภัยอื่น (ชื่อบริษัท, เลขกรมธรรม์) List of all Policies including those with other companies		

ประเภทเรียกร้อง
Claim Type

ยกเว้นการชำระเบี้ยประกัน เนื่องจาก ผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือ ผู้ชำระเบี้ยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/มรณกรรม
Waiver of Premium from Insured disability Payer disability or death

ค่าชดเชยการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (เบี้ยเลี้ยงชีพ) จวคที่.....
Disability Income Benefit

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (Disability)

1. ข้อมูลการทุพพลภาพ

1.1 สาเหตุการทุพพลภาพ เจ็บป่วย อุบัติเหตุ อื่นๆ..... วันที่ปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรก.....
Cause of disability Disease Accident Other Cause What did you begin this disability

1.2 สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... รายละเอียดการทุพพลภาพ.....
Place of Treatment (Clinic, Hospital) Details of disability

2. ลักษณะอาการปัจจุบัน การดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activity Daily life

รายละเอียด Details	ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ Dependent with physical assistance	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย Dependent with assistance device	ทำได้เอง Totally independent
1. ความสามารถในการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้ (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังห้องหนึ่ง(Mobility)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง (Dressing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย (Take a bath)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความสามารถในการรับประทานอาหาร (Eating)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมรณกรรม (Payor death)

สาเหตุมรณกรรม(Cause of death) เจ็บป่วย (Disease) อุบัติเหตุ (Accident) ถูกฆาตกรรม (Homicide) ฆ่าตัวตาย(Suicide) อื่นๆ (Other Cause)

วันที่เสียชีวิต..... สาเหตุการเสียชีวิต..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
Date of death Cause of illness / Cause of death Place of Treatment (Clinic, Hospital)

รายละเอียดการเสียชีวิต(Details of death).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ พร้อมได้ลงชื่อในหนังสือยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ เรียบร้อยแล้ว

By signing this form, I agree that the above statements are true and accurate

ลงชื่อผู้เอาประกัน (Signature of Insured)..... วันที่ / Date.....

หนังสือแสดงความยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ (Certificate of consent to Health)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ ผู้บริหารของสถานพยาบาล องค์กร สถาบัน หรือ แพทย์ของสถานพยาบาลต่างๆ ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดการตรวจสุขภาพ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค หรือการรักษาโรค รวมถึงการให้คำแนะนำเอกสารดังกล่าวแก่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ตามที่บริษัทต้องการ โดยไม่ถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้สำเนาหนังสือที่บริษัทฯ ได้ลงนามรับรองสำเนาแล้วแต่ต้นฉบับได้ พร้อมมอบต้นฉบับให้บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ รับเอกสารหรือสำเนาเอกสารการตรวจสุขภาพ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค หรือการรักษาโรคแทนข้าพเจ้าได้

I consent to authorize any physician, hospital, organization, institution or any person who is involved in providing medical treatments or the deceased either in the past or the present with respect to disclosure of my accident, health and medical history and any hospitalization including advised treatments as well as disease diagnosis. In addition, the photocopy of such authorization must be as valid as the original.

(.....) ลงชื่อ..... ผู้เอาประกัน/ผู้ให้ความยินยอม (.....)

ลายมือชื่อพยาน Signature of Witness

(.....) ลายมือชื่อพยาน Signature of Witness

การเรียกร้องสินไหม

1. ผู้เรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยจะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหม รวมถึงลงลายมือชื่อยินยอมในการเปิดเผยประวัติด้วยตนเอง เว้นแต่

ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ สามารถให้ผู้ปกครองดำเนินการแทนได้

ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ โดยมีพยานลงชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างน้อย 2 คน

ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทน

2. เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องผลประโยชน์การชดเชยเงินเบี้ยประกันภัย กรณีผู้ปกครองเสียชีวิต

(1) หนังสือเรียกร้องผลประโยชน์การชดเชยเงินเบี้ยประกันภัย

(2) สำเนาธนบัตร โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย

(3) สำเนาบัตรประจำตัวและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย

(4) สำเนาบัตรประจำตัวและสำเนาทะเบียนบ้านที่มีการจำหน่ายตายของผู้ปกครอง โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย

เอกสารเพิ่มเติมกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

(1) สำเนาบันทกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ

(2) สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ

(3) ภาพถ่าย หรือแผนที่แสดงการเกิดเหตุ(ถ้ามี)

การเรียกร้องผลประโยชน์การชดเชยเงินเบี้ยประกันภัย กรณีผู้ปกครองตกเป็นบุคคลทูลพลาภาพถาวรสิ้นเชิง

(1) หนังสือเรียกร้องผลประโยชน์การชดเชยเงินเบี้ยประกันภัย

(2) ใบแสดงความเห็นแพทย์

(3) หนังสือรับรองการทูลพลาภาพถาวรสิ้นเชิง(ถ้ามี)

(4) รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การทูลพลาภาพของผู้ทูลพลาภาพถาวรสิ้นเชิง

(5) สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนาให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ระบุได้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป