



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

ปช.16

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
COMPENSATION CLAIM FORM

ส่วนที่ 1 เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ 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	เลขกรมธรรม์ทั้งหมดกับบริษัท Policy No. (all)
เลขประจำตัวประชาชน ID No. / Passport No.	เบอร์โทรศัพท์ Tel./Mobile	กรมธรรม์กับบริษัทประกันภัยอื่น (ชื่อบริษัท, เลขกรมธรรม์) List of all Policies including those with other companies
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ หมู่ ถนน ตำบล/แขวง Preferred Address No. Moo Street Subdistrict	รหัสไปรษณีย์ Postcode	
อำเภอ/เขต District	จังหวัด Province	
อาชีพ, ลักษณะงานที่ทำ Occupation/Responsibility of work	สถานที่ทำงาน Workplace	
ประเภทเรียกร้อง Claim Type	เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ (select more than 1 choice) <input type="radio"/> ค่าชดเชยอุบัติเหตุ Accident Compensation <input type="radio"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical Expense <input type="radio"/> ค่าชดเชยรายวัน Hospital Benefit <input type="radio"/> โรคร้ายแรง Dread Disease <input type="radio"/> สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ Dismemberment <input type="radio"/> เกลื่อนต่อเนื่อง Continue Claims	
กรณีอุบัติเหตุ For Accident	วันที่เกิดเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time
	สถานที่เกิดเหตุ Location where event	
สาเหตุจาก Cause of Accident	รายละเอียดการบาดเจ็บ Details of Wound/ Injury Organs	
กรุณาระบุรายละเอียดการบาดเจ็บในปัจจุบัน Please give details of your current physical defects or infirmity		
กรณีเจ็บป่วย For Illness	วันที่เข้ารับรักษา Admission Date	วันที่ออกจาก Discharge Date
	สถานพยาบาลที่รักษา Place of Treatment (Clinic, Hospital)	
อาการเจ็บป่วย Signs and Symptoms	โรคที่รักษา Disease	
ชื่อสถานพยาบาลทั้งหมดที่เคยตรวจรักษามาก่อน All Clinic/Hospital name that treated in the past		ตั้งแต่ปี พ.ศ. Since
การรับเงิน Received Channels	ข้าพเจ้ามีความประสงค์ Select the following choices <input type="radio"/> ส่งตั๋วแลกเงิน (Draft) ให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ Send Demand Draft to Preferred Address <input type="radio"/> รับเงินที่ 7-Eleven (ไม่เกิน 10,000 บาท) มือถือ..... Receive the payments at 7-Eleven (The amount not to exceed 10,000 baht) and Mobile No. <input type="radio"/> โอนเงินเข้าบัญชี Prompt Pay ที่ลงทะเบียนด้วยเลขบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน Transfer the payments to the Bank Account PromptPay Registered with Citizen ID Insured <input type="radio"/> โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้เอาประกันภัย (ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี) Transfer the payments directly to Insured's account (Please attach a copy of account book)	ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ พร้อมได้ลงชื่อในหนังสือยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ เรียบร้อยแล้ว By signing this form, I agree that the above statements are true and accurate ลงชื่อผู้เอาประกัน X..... Signature of Insured () วันที่/Date <input type="radio"/> ให้บริษัทแจ้งผลอนุมัติผ่าน SMS เข้ามือถือเบอร์..... I want to receive approval notification via SMS to Mobile No. <input type="radio"/> ให้บริษัทคืนเอกสารใบเสร็จค่ารักษา/ใบรับรองแพทย์แก่ข้าพเจ้า I want the Receipt/APS back.
หนังสือแสดงความยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ (Certificate of consent to Health)		
หนังสือแสดงความยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ ผู้บริหารของสถานพยาบาล องค์กร สถาบัน หรือ แพทย์ของสถานพยาบาลต่างๆ ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดการตรวจสุขภาพ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค หรือการรักษารวมถึงการให้สำเนาเอกสารดังกล่าวแก่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ตามที่บริษัทฯ ต้องการโดยไม่ถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิของข้าพเจ้าและข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้สำเนาหนังสือที่บริษัทฯ ได้ลงนามรับรองสำเนาแล้วแทนต้นฉบับได้ พร้อมมอบเงินให้บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ รับเอกสารหรือสำเนาเอกสารการตรวจสุขภาพ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค หรือการรักษาโรคแทนข้าพเจ้าได้		Certificate of consent to Health I consent to authorize any physician, hospital, organization, institution or any person who is involved in providing medical treatments 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 X..... ()		ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม) Signature of Insured/Person who give the consent
ส่วนที่ 2 คำรับรองของผู้ให้บริการ ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว เมื่อวันที่.....รับรองว่า ผู้เอาประกันภัยเกิดอุบัติเหตุ / เจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามรายละเอียดข้างต้นจริง ขณะตรวจสอบผู้เอาประกันภัยมีอาการ..... ชื่อ-นามสกุลตัวแทนเจ้าของเคส/ตัวแทนผู้ให้บริการ..... รหัสตัวแทน..... มือถือ..... ลงชื่อผู้ตรวจสอบระดับศูนย์/ภาค/ผู้รับรอง มือถือ.....		

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. ผู้เรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยจะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหม รวมถึงลงลายมือชื่อยินยอมในการเปิดเผยประวัติด้วยตนเอง เว้นแต่

- 1.1 ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ สามารถให้ผู้ปกครองดำเนินการแทนได้
- 1.2 ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ โดยมีพยานลงชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างน้อย 2 คน
- 1.3 ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทน

2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง

- 2.1 เอกสารหลักฐานประกอบการเรียกร้องเบื้องต้น
 - (1) หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน และหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติ (แบบฟอร์มบริษัท ปช.16)
 - (2) ใบรับรองแพทย์ (แบบฟอร์มบริษัท ปช.17)
- 2.2 การเรียกร้อง กรณีค่ารักษาพยาบาล เพิ่ม ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้างบ
- 2.3 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีการประกันภัยโรคร้ายแรง เพิ่ม
 - (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย
 - (2) เอกสารทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการพิจารณาแต่ละโรค เช่น รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อ หรือรายงานการตรวจด้วยวิธี MRT / CT SCAN / X-ray แล้วแต่กรณี
- 2.4 การเรียกร้องกรณีกระดูกแตกหัก เพิ่ม ใบรายงานผลจากรังสีแพทย์
- 2.5 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษโดยหน่วยงานของรัฐหรือสถาบันการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

3. ระยะเวลาในการพิจารณาและชดใช้เงินตามสัญญา

เมื่อบริษัทได้รับคำเรียกร้องของผู้เอาประกันภัย พร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ตามข้อ 2 หรือเอกสารอื่นที่บริษัทร้องขอครบถ้วนแล้ว บริษัทจะดำเนินการพิจารณาและชดใช้เงินตามสัญญาให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน กรณี มีเหตุอันควรสงสัย บริษัทอาจขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ออกไปตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วน

4. ช่องทางการติดต่อกับบริษัท

ศูนย์บริการข้อมูลผู้เอาประกันภัย หมายเลข 1124 หรือหน่วยงานสินไหม หมายเลข 02 247 0247 ต่อ 3550 หรือ แฟกซ์ 02 246 1131 หรือ Email ที่ claimcenter@thailife.com

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนา ให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป