



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

ปช.11 หน้า 1/2

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ส่วนที่ 1 เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้รับประโยชน์/ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์		สาขา
		ชื่อผู้รับ
		วันที่
ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน..... วันที่มีประกันภัย.....เวลา.....สถานที่มีประกันภัย ☐ ที่บ้าน ☐ ที่สถานพยาบาล ☐ สถานที่เกิดเหตุ (กรณีมีประกันภัยผิดธรรมชาติ) กรมธรรม์ทั้งหมดกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)..... กรมธรรม์กับบริษัทประกันภัยอื่น(ชื่อบริษัท, เลขกรมธรรม์).....		
กรณีมีประกันภัยตามธรรมชาติ	มีประกันภัยจากโรค..... รายละเอียดการเจ็บป่วย..... เจ็บป่วยมานาน(เดือน/ปี).....สถานพยาบาลที่รับการรักษา (ทั้งหมด).....	
กรณีมีประกันภัยผิดธรรมชาติ	☐ อุบัติเหตุ ☐ ถูกฆาตกรรม ☐ ฆ่าตัวตาย ☐ อื่นๆ วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สาเหตุจาก..... สถานที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดการเกิดเหตุ..... มีการแจ้งความ ณ สถานีตำรวจ	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามหนังสือเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หนังสือฉบับนี้ทำขึ้น ☐ ณ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่/สาขา..... ☐ ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... ลงชื่อ X.....ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง วันที่..... (.....) เบอร์โทรศัพท์.....		
ส่วนที่ 2 คำรับรองของผู้ให้บริการ ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว เมื่อวันที่.....รับรองว่า ผู้เอาประกันภัยมีประกันภัยในวัน เวลา และด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจริง ชื่อ-นามสกุลตัวแทนผู้ให้บริการ.....รหัสตัวแทน.....เบอร์มือถือ..... ลงชื่อผู้บริหารตัวแทน ผู้ตรวจสอบ.....เบอร์มือถือ.....		

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. ผู้เรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้รับประโยชน์ที่จะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหม รวมถึงลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลด้วยตนเอง เว้นแต่

- 1.1 ผู้รับประโยชน์อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทนผู้รับประโยชน์
- 1.2 ผู้รับประโยชน์อายุตั้งแต่ 10 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมมาด้วย
- 1.3 ผู้รับประโยชน์ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ และมีพยานลงลายมือชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมืออย่างน้อย 2 คน
- 1.4 ผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทน (ผู้อนุบาลหรือผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาล)

2. เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

2.1 เอกสารประกอบการเรียกร้องเบื้องต้น

- (1) หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.11) ของ ผู้รับประโยชน์ทุกคน
- (2) ใบยินยอมของผู้รับประโยชน์หรือทายาทในการเปิดเผยประวัติ
- (3) สำเนาใบมรณบัตร โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- (4) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
- (5) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ที่มีการจำหน่ายตายของผู้เอาประกันภัย

2.2 เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือเหตุอื่น

- (1) สำเนานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ
- (2) สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ
- (3) ภาพถ่าย หรือแผนที่แสดงการเกิดเหตุ (ถ้ามี)
- (4) บุคคลสาบสูญให้คัดสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งให้เป็นบุคคลสาบสูญ

2.3 เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม กรณีเสียชีวิตที่สถานพยาบาลและอายุกรมธรรม์ไม่พ้น 2 ปี นับแต่วันเริ่มสัญญา หรือวันต่อสัญญาครั้งสุดท้าย หรือ เสียชีวิตจากโรคร้ายแรงตามสัญญาที่ให้ความคุ้มครองโรคร้ายแรง

- (1) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.17) หรือใบรายงานของแพทย์
- (2) รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อหรือรายงานการตรวจด้วยวิธี MRI/CT Scan/X-Ray/ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลการวินิจฉัยของแพทย์ แล้วแต่กรณี

2.4 เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม กรณีต่างๆ เกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

- (1) ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ และบิดามารดาเสียชีวิต เพิ่ม สำเนาคำสั่งศาลตั้งผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์
- (2) ผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกับผู้เอาประกันภัยและไม่มีผู้รับประโยชน์อื่น เพิ่ม สำเนาคำสั่งศาล ตั้งผู้จัดการมรดกของผู้เอาประกันภัย
- (3) ผู้รับประโยชน์เสียชีวิตภายหลังผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต เพิ่ม สำเนาคำสั่งศาลตั้งผู้จัดการมรดกของผู้รับประโยชน์

2.5 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐ หรือ สถาบันการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้รับประโยชน์

3. ช่องทางการติดต่อกับบริษัท

ศูนย์บริการข้อมูลผู้เอาประกันภัย หมายเลข 1124

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนาให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้รับประโยชน์ หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป



ไทย
ประกัน
ชีวิต

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

123 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946

www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

หนังสือเรียกร้องหนึ่งฉบับต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคน

ปช.11 หน้า 2/2

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมมรดกกรรม

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
กรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....อาชีพ.....เบอร์โทรศัพท์.....E-Mail.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

การรับเงิน ข้าพเจ้ามีความประสงค์

- ☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้รับประโยชน์ (ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี) ธนาคาร.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
☐ รับเงิน ที่สำนักงานใหญ่/สาขา.....
☐ ยินยอมให้บริษัทแจ้งผลอนุมัติผ่าน SMS เข้ามือถือหมายเลข.....

หมายเหตุ หากท่านอยู่ในฐานะบุคคลอเมริกันหรือถือสัญชาติอเมริกัน กรุณาให้ข้อมูลรายละเอียดเอกสารด้านล่าง

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ ประกันภัยของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (“บริษัท”) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ / หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการพิจารณาสินไหมตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ข้าพเจ้าและ / หรือผู้รับประโยชน์(กรณีเป็นผู้เยาว์) และผู้เอาประกันภัยที่รวมถึง ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือ ผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ / ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ / หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาคของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามหนังสือเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัท ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

หมายเหตุ : - กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ - กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 คน

ลงชื่อ X.....
(.....)
ผู้รับประโยชน์/ ผู้เรียกร้อง

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
(.....) ☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์
(กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว
ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิ์ ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์
<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy> หรือ สามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



**การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาล
แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของ**

ชื่อและนามสกุล ผู้รับผลประโยชน์.....กรมธรรม์เลขที่.....

1.การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้ามีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ข้าพเจ้าเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ

ค. ข้าพเจ้ามีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

ง. ข้าพเจ้ามีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา ใชหรือไม่
(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี

☐ มี

2.คำรับรองเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐ
ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือ
ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้น มีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐใน
ประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

3.ข้อความยืนยันการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าได้รับทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมใช้หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ
ของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ ที่กำกับดูแลการปฏิบัติการตามกฎหมาย FATCA รวมทั้งให้สิทธิแก่บริษัทในการดำเนินการ
ตามที่กฎหมาย FATCA ได้กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์(กรณีผู้รับประโยชน์ไม่บรรลุนิติภาวะ)

วันที่.....

หมายเหตุ หนังสือเรียกร้องหนึ่งฉบับต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคน