



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

รายการที่ต้องนำส่งในการเรียกร้องค่าชดเชยรายวัน (HIB / HAB Check list)

กรณีเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติม ค่าชดเชยรายวัน (HIB / HAB) เอกสารที่ต้องนำส่งมีดังนี้

ตัวจริง / สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวัน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | หรือ <input checked="" type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ใบเสร็จรับเงิน หรือ ใบสรุปหน้าจอบำค่าใช้จ่ายในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชน ที่ลงนามสำเนาถูกต้อง |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ นามสกุล ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | รายงานบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจกรณีเป็นอุบัติเหตุ (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องหากเลือกรับเงินสินไหมโดยการ โอนเงิน |

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นที่ผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่า การเรียกร้องเพื่อให้ชดใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ฝ่ายพิจารณาสินไหม)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1, 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสารใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติมค่าขาดเซยรายวัน กรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย : _____	วัน เดือน ปี เกิด : _____
กรมธรรม์เลขที่ : _____	วันที่เข้ารับการรักษา : _____

ข้อ	คำถาม	รายละเอียด
1.	โปรดแจ้งชื่อ ที่อยู่ของสถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์ และอาชีพ โดยระบุหน้าที่การงาน และตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ	
2.	อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดอาการ หรือโรคดังกล่าว และระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลกี่วัน โดยระบุช่วงเวลาดังกล่าว	
3.	ท่านได้รับการวินิจฉัย หรือมีอาการครั้งแรก เมื่อใด	
4.	โปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา ที่ท่านได้รับ	
5.	ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้ไปพบแพทย์	
6.	โปรดระบุชื่อ ที่อยู่ ของสถานพยาบาล และชื่อแพทย์ ที่ไปรับการรักษา	
7.	ขอรับเงินสินไหม โดยโอนเข้าบัญชี ระบุเลขบัญชี ธนาคารพร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีหน้าแรก หรือจ่ายเป็นเช็ค ระบุที่อยู่จัดส่ง	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่าหากกรอกข้อความไม่ตรงต่อความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจเป็นผลเสียต่อการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ หรือเปิดเผยประวัติสุขภาพ ให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการจ่ายสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ได้

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ : _____



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
(เป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมของ ด.ช./ด.ญ. _____ อายุ _____ ปี)
อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ บัตรข้าราชการเลขที่ _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ในฐานะที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยของบริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด ขอให้ความยินยอมเป็น
หลักฐานไว้กับโรงพยาบาล/ คลินิก/ สถาบัน/ บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้า หรือประวัติสุขภาพ/ การ
เจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมา เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด หรือผู้แทนของบริษัท
เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ได้

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน
อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

(ระบุด้วยว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

AUTH