



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

รายการที่ต้องนำส่งในการเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติม (ME Check list)

ตัวจริง / สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ(ME) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | หรือ <input checked="" type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ใบเสร็จรับเงิน พร้อมรายละเอียดรายการค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ นามสกุล ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | รายงานบันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง หากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน |

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่งลายเซ็นผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ชื่อนี้่หัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนี้่หัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเช่นรับรอง2ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- กรณีเบิกจากบริษัทประกันร่วม ต้นสังกัด หรือสวัสดิการอื่น ขอให้จัดส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่ประทับตราต้นสังกัดพร้อมทั้งแนบรายการหรือใบแสดงรายการที่สวัสดิการอื่นๆ ได้จ่ายเงินแล้วประกอบทุกครั้ง ซึ่งบริษัทจะพิจารณาจ่ายเพิ่มเฉพาะส่วนของผลต่างที่อยู่ภายใต้ผลประโยชน์ที่ได้ซื้อไว้ในกรมธรรม์
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันสมควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ฝ่ายสินไหม)

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 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

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (Medical Expense)

เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์

| | |
|---|--|
| <p>1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์เลขที่..... แผน..... เพศ () ชาย () หญิง อายุ..... ปี () บัตรประชาชน () ใบขับขี่ () บัตรประจำตัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เลขที่..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....</p> <p>ท่านมีประกันชีวิต / สุขภาพ / อุบัติเหตุ กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (หากมีกรุณาระบุทุกกรมธรรม์)</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับเงินสินไหม <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขบัญชี.....(แนบสมุดบัญชี) <input type="checkbox"/> เช็คเข้าบัญชี นำส่งที่อยู่..... (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับนุรุษไปรษณีย์)</p> | |
| <p>2. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุ / การถูกทำร้ายร่างกาย</p> <p>2.1 วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....</p> <p>2.2 อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุอย่างละเอียด)</p> <p>ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์:..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....</p> <p>2.3 ลักษณะการบาดเจ็บ..... อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ..... ตำแหน่งของบาดแผล.....</p> <p>2.4 อุบัติเหตุครั้งนี้มีการแจ้งความ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....</p> <p>2.5 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก..... แผนกที่ได้รับการรักษา..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา..... การวินิจฉัยโรค..... วิธีการรักษา..... วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย..... รับการตรวจด้วยวิธีต่อไปนี้ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ.....</p> | |
| <p>3. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารับรักษา..... วันที่ออกจากรพ.</p> <p>3.2 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....</p> <p>3.3 แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่ กรุณาระบุการวินิจฉัยโรค.....</p> <p>3.4 ได้รับการรักษาโดย () การฉายา () การผ่าตัด กรุณาระบุ.....</p> <p>3.5 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ</p> | |
| <p>4. สำหรับผู้เอาประกันสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ท่านตั้งครรภ์หรือไม่ () ไม่ใช่ () ใช่ อายุครรภ์.....สัปดาห์</p> | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและทราบดีว่าหากกรอกข้อความไม่ตรงต่อความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจเป็นผลเสียต่อการเรียกร้องสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้โรงพยาบาล แพทย์ สถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆหรือเปิดเผยประวัติสุขภาพ ให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการจ่ายเงินสินไหมตามกรมธรรม์ได้

ลงชื่อ..... ผู้ทำการแทน
(.....) ตัวบรรจง
ความสัมพันธ.....
(เฉพาะกรณีและผู้เอาประกันไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย
(.....) ตัวบรรจง
วันที่.....



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ 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 ค.ช./ค.ญ. _____ อายุ _____ ปี)
อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ บัตรข้าราชการเลขที่ _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ในฐานะที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยของ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้
ความยินยอมเป็นหลักฐานไว้กับโรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้า
หรือประวัติสุขภาพ / การเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมา เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์
ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทน
ตามกรมธรรม์ได้

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

(ระบุด้วยว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัย บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ใช้ได้เฉพาะผู้ที่
ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ