



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ 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 (AI Check list)

ตัวจริง / สำเนา

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่าทดแทนอุบัติเหตุ(AI)
<input checked="" type="checkbox"/>	หรือ <input checked="" type="checkbox"/>	ใบรับรองแพทย์
<input checked="" type="checkbox"/>	หรือ <input checked="" type="checkbox"/>	ใบเสร็จรับเงิน
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สำเนาบัตรประชาชน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	เอกสารทางการแพทย์อื่นๆ (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	รายงานบันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง หากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่งลายเซ็นที่ผู้เอาประกันภัยในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย ไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเช่นตัวรับรอง 2 ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันภัยในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันสมควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ 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 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

กรมธรรม์เลขที่

คำร้องเรียกร้องสินไหมค่าทดแทน

1) ชื่อสกุล.....อายุ (ปัจจุบัน).....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทร.....
สถานที่ทำงาน.....โทร.....
อาชีพ/ลักษณะงาน.....
ข้าพเจ้าขอรับเงินสินไหม โดย () โอนเงินเข้าบัญชีโดยแนบสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคาร.....เลขบัญชี.....
() เช็คสั่งจ่าย และนำส่งที่อยู่ (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)

2) วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....
สถานที่เกิดเหตุ.....
เหตุเกิดขึ้นอย่างไร.....
ชื่อ/ที่อยู่ ผู้เห็นเหตุการณ์.....
มีการแจ้งความหรือไม่, ที่ใด.....

3) ภาวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
ตำแหน่งของบาดแผล.....
ลักษณะและขนาดของบาดแผล.....

4) ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา.....
แพทย์ผู้รักษา.....
วิธีการรักษา.....

5) อาการปัจจุบัน.....

มีประกันอุบัติเหตุ กับ บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) และบริษัทอื่น (โปรดระบุชื่อและเลขที่กรมธรรม์)

ชื่อบริษัท	เลขที่กรมธรรม์	ทุนประกันอุบัติเหตุ	กรมธรรม์ยังมีผลบังคับอยู่หรือไม่
บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและทราบดีว่าหากกรอกข้อความไม่ตรงต่อความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วนอาจเป็นผลเสียต่อการเรียกร้องค่า
ทดแทนอุบัติเหตุและการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่.....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีต และปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษา
ทั้งหมด ให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย สถานภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้
ลงชื่อ..... ผู้ทำการแทน..... ผู้เอาประกันภัย.....
(.....) ตัวบรรจง..... (.....) ตัวบรรจง.....
ความสัมพันธ..... วันที่.....
(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)



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