



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 (TPD)

กรณีเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวร เอกสารที่ต้องนำส่งมีดังนี้

ตัวจริง / สำเนา

- |                                     |                                     |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมตามสัญญาเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวร                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองอาการการทุพพลภาพ หรือใบรับรองแพทย์                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | รายงานบันทึกประจำวันตำรวจ (หากมี)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ภาพถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | เอกสารทางการแพทย์อื่นๆ (หากมี)  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง หากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน |

หมายเหตุ บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

### ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกัน
- ผู้เอาประกันต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นผู้เอาประกัน ในกรณีที่ผู้เอาประกันไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้าง ไหนของใคร พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดเชยสินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครอง ในกรมธรรม์ 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 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahatek, 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

### ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองอาการทุพพลภาพ

ชื่อผู้ป่วย.....เลขที่ H.N.....เลขที่ A.N.....

ผู้ป่วยจากภูมิกิจการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ.....จากสาเหตุ .....

โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่มี .....

ระยะเวลาของโรค เริ่มเป็นเมื่อ.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

#### ก. การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	
1.1 อาบน้ำ [ ] สามารถอาบน้ำเองได้	[ ] ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
1.2 แต่งตัว [ ] สามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้า กางเกง ได้เอง	[ ] ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
1.3 ทานอาหาร [ ] สามารถทานอาหารเองได้	[ ] ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
1.4 ขับถ่าย [ ] สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะได้	[ ] ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้
1.5 การเคลื่อนย้าย [ ] สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้เอง	[ ] ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
2. ความสามารถในการมองเห็น [ ] ดวงตามองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง [ ] ดวงตาบอดสนิท 1 ข้าง คือ ข้าง.....	
[ ] ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง [ ] อื่นๆ .....	
3. ความสามารถในการใช้มือและแขน	
[ ] ใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ทั้ง 2 ข้าง [ ] ไม่สามารถใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ 1 ข้าง คือ ข้าง .....	
[ ] ใช้มือและแขนทำกิจวัตรไม่ได้เลย ทั้ง 2 ข้าง [ ] อื่นๆ .....	
4. ความสามารถในการยืนและเดิน	
[ ] สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ	
[ ] ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง	
5. สติปัญญา / พฤติกรรม [ ] เหมือนคนปกติ	
[ ] ผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด .....	
6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ	
[ ] สามารถประกอบอาชีพประจำหรืออาชีพอื่นได้ เช่น .....	
[ ] ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้	

#### ข. ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากทุพพลภาพหรือไม่
[ ] มี เนื่องจาก.....
[ ] ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก .....
[ ] ไม่มีโอกาสหายจากการทุพพลภาพ
2. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่ .....
ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก
ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการการช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือ เข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ
ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ
ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ

ข้าพเจ้าได้ตรวจและรักษาผู้ป่วยตามที่กล่าวนามข้างต้นด้วยตนเอง และขอรับรองว่ารายงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงนาม .....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

คุณวุฒิ.....สถานพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ประทับตราสถานพยาบาล)



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