



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

รายการเอกสารที่ต้องนำส่งในการเรียกร้องสินไหมทดแทนภาพสิ้นเชิงถาวร/ยกเว้นการชำระ เบี้ยประกันภัย (WP)

ตัวจริง / สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวร/ยกเว้นการชำระเบี้ยประกันภัย |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกัน โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ภาพถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | กรมธรรม์ต้นฉบับและใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย |

หมายเหตุ บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่งลายเซ็นผู้เอาประกันภัยในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- กรณีเบิกจากบริษัทประกันร่วม ต้นสังกัด หรือสวัสดิการอื่น ขอให้จัดส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่ประทับตราต้นสังกัดพร้อมทั้งแนบรายการหรือใบแสดงรายการที่สวัสดิการอื่นๆได้จ่ายเงินแล้วประกอบทุกครั้ง ซึ่งบริษัทจะพิจารณาจ่ายเพิ่มเติมเฉพาะส่วนของผลต่างที่อยู่ภายใต้ผลประโยชน์ที่ได้ซื้อไว้ในกรมธรรม์
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันสมควรสงสัยว่าการเรียกร้อง เพื่อให้خذใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ 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 อาคารสารสินธุ์ 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

ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองอาการทุพพลภาพ

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

ผู้ป่วยปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ.....จากสาเหตุ

โรคประจำตัวอื่นที่มี

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 โปรดบรรยายละเอียด | |
| 6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ | |
| [] สามารถประกอบอาชีพประจำหรืออาชีพอื่นได้ เช่น | |
| [] ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ | |

ข. ผลการประเมิน

| |
|--|
| 1. ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากทุพพลภาพหรือไม่ |
| [] มี เนื่องจาก..... |
| [] ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก |
| [] ไม่มีโอกาสหายจากการทุพพลภาพ |
| 2. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่ |
| ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก |
| ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก |
| ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือ เข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ |
| ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัวสามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ |
| ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ |

ข้าพเจ้าได้ตรวจและรักษาผู้ป่วยตามที่กล่าวมาข้างต้นด้วยตนเอง และขอรับรองว่ารายงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจรักษา

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