



Check list รายการที่ต้องนำส่งในกรณีเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวัน (HIB/HAB) หรือสินไหมอุบัติเหตุ ส่วนบุคคลผลประโยชน์การชดเชยรายได้ (PAHAB)

ตัวจริง / สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม |
| <input checked="" type="checkbox"/> | หรือ <input checked="" type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ หรือ ใบสรุปหน้างบค่าใช้จ่ายในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ นามสกุล ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดประวัติการรักษาพยาบาล |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | รายงานบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจกรณีเป็นอุบัติเหตุ (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องหากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน |

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นที่ผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้อง เพื่อให้خذใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้ให้ขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้องแล้ว

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ฝ่ายพิจารณาสินไหม)

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



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่าชดเชยรายวัน กรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือ Day Surgery

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

ข้อ	คำถาม	รายละเอียด
1.	โปรดแจ้งชื่อที่อยู่ปัจจุบัน และที่อยู่ของสถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์ และอาชีพ โดยระบุหน้าที่การทำงาน และตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ	
2.	อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดอาการ หรือโรคดังกล่าว และระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลกี่วัน โดยระบุช่วงเวลาดังกล่าว	
3.	ท่านได้รับการวินิจฉัย หรือมีอาการครั้งแรก เมื่อใด	
4.	โปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา ที่ท่านได้รับ	
5.	ครั้งสุดท้ายที่ท่านได้ไปพบแพทย์	
6.	โปรดระบุชื่อ ที่อยู่ ของสถานพยาบาล และชื่อแพทย์ ที่ไปรับการรักษา	
7.	ขอรับเงินสินไหม <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร โปรดระบุเลขที่บัญชีธนาคารพร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร <input type="checkbox"/> รับเป็นเช็ค โปรดระบุ ที่อยู่สำหรับจัดส่งเช็คที่ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสาร	

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้า ได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :

(.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
(.....)



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____

เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขหนังสือเดินทาง _____

กรุณาเลือกกรณีใดกรณีหนึ่ง

ในฐานะ ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกัน หรือ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาท ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์ ผู้จัดการมรดก ผู้รับประโยชน์ ของ _____

บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่นๆ ของ _____ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษา พยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณาขอใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือ เงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อ บริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย โดยให้หนังสือฉบับนี้ มีผลใช้บังคับจนกว่าจะขอใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับที่ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

หมายเหตุ : ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่า เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ

AUTH-UWC