



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400  
Tns. 0 2247 0247 Tnsสาร 0 2246 9946  
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

ปช.16

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

**ส่วนที่ 1** เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

สาขา	
ชื่อผู้รับ	วันที่

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....  
 อาชีพ,ลักษณะงานที่ทำ..... สถานที่ทำงาน.....  
 กรมธรรม์ทั้งหมดกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน).....  
 กรมธรรม์กับบริษัทประกันภัยอื่น(ชื่อบริษัท, เลขกรมธรรม์).....

**ประเภทเรียกร้อง** เลือกลงได้มากกว่า 1 ข้อ  เคลมเหตุใหม่  เคลมเหตุต่อเนื่อง  
 ค่าชดเชยอุบัติเหตุ  ค่ารักษาพยาบาล  ค่าชดเชยรายวัน  โรคร้ายแรง  สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ

**กรณีอุบัติเหตุ** วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....  
 สาเหตุจาก..... รายละเอียดการบาดเจ็บ.....  
 กรุณาระบุรายละเอียดการบาดเจ็บในปัจจุบัน.....

**กรณีเจ็บป่วย** วันที่เข้ารับรักษา.....วันที่ออก.....สถานพยาบาลที่รักษา.....  
 อาการเจ็บป่วย.....โรคที่รักษา.....  
 ชื่อสถานพยาบาลทั้งหมดที่เคยตรวจรักษามาก่อน.....ตั้งแต่ปี พ.ศ. ....

**การรับเงิน** ข้าพเจ้ามีความประสงค์  
 โอนเงินเข้าบัญชี Prompt Pay ด้วยเลขบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย (ต้องมีการแจ้งความแจ้งงานขอรับเงินผลประโยชน์ด้วย Prompt Pay ต่อบริษัทไว้ก่อนแล้ว)  
 โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้เอาประกันภัย (ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี) ธนาคาร.....  
 ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....  
 ส่งเช็ค/ตัวแลกเงิน ให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ปัจจุบัน  รับเงินที่ 7-Eleven (ยอดเงินไม่เกิน 10,000 บาท) เบอร์มือถือ.....  
 ให้บริษัทแจ้งผลอนุมัติผ่าน SMS เข้ามือถือหมายเลข.....  ให้บริษัทคืนเอกสารใบเสร็จค่ารักษา / ใบรับรองแพทย์แก่ข้าพเจ้า

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาล ของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) บริษัท ประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ  
 ข้าพเจ้า ได้ทราบ และเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของ ข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามหนังสือเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัท ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและ เข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ - กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 คน  
 หนังสือฉบับนี้ทำขึ้น  ณ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่/สาขา.....  
 ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ลงชื่อ X.....ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
 (.....) (.....)  บิดา/มารดา  
 ผู้เอาประกันภัย  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)  
 ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....  
 (.....) (.....)  
 พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต พยาน

# การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

## 1. ผู้เรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยจะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหม รวมถึงลงลายมือชื่อยินยอมในการเปิดเผยประวัติด้วยตนเอง เว้นแต่

- 1.1 ผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 15 ปี ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทน โดยชอบธรรมดำเนินการแทนผู้เอาประกันภัย
- 1.2 ผู้เอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 15 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี ให้มีผู้ปกครอง หรือผู้แทน โดยชอบธรรมลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมมาด้วย
- 1.3 ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ โดยมีพยานลงชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างน้อย 2 คน
- 1.4 ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทน โดยชอบธรรมดำเนินการแทน

## 2. เอกสารประกอบการเรียกร้อง

- 2.1 เอกสารหลักฐานประกอบการเรียกร้องเบื้องต้น
  - (1) หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน และหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติ (แบบฟอร์มบริษัท ปช.16)
  - (2) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.17)
- 2.2 การเรียกร้อง กรณีค่ารักษาพยาบาล เพิ่ม ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้าบ
- 2.3 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีการประกันภัยโรคร้ายแรง เพิ่ม
  - (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  - (2) เอกสารทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการพิจารณาแต่ละโรค เช่น รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อ หรือรายงานการตรวจด้วยวิธี MRI / CT SCAN / X-ray แล้วแต่กรณี
- 2.4 การเรียกร้องกรณีกระดูกแตกหัก เพิ่ม ใบรายงานผลจากรังสีแพทย์
- 2.5 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐหรือสถานการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

## 3. ช่องทางการติดต่อบริษัท

ศูนย์บริการข้อมูลผู้เอาประกันภัย หมายเลข 1124 หรือ

ส่วนคุ้มครองสิทธิประโยชน์สินไหมทดแทน หมายเลข 02 247 0247 ต่อ 3550 โทรสาร 02 246 1131 อีเมลที่ [claimcenter@thailife.com](mailto:claimcenter@thailife.com)

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนา ให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่เว็บไซต์ <https://www.thailife.com/PrivacyPolicy> หรือ สามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ

