



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

ปช.11 หน้า 1/2

## หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

<b>ส่วนที่ 1</b> เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้รับประโยชน์/ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์	สาขา	
	ชื่อผู้รับ	วันที่
ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน..... วันที่มีโรค.....เวลา.....สถานที่มีโรคกรรม <input type="radio"/> ที่บ้าน <input type="radio"/> ที่โรงพยาบาล <input type="radio"/> สถานที่เกิดเหตุ (กรณีมีโรคกรรมผิดปกติ) กรรมธรรม์ทั้งหมดกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)..... กรรมธรรม์กับบริษัทประกันภัยอื่น(ชื่อบริษัท, เลขกรรมธรรม์).....		
<b>กรณีมีโรคกรรมตามธรรมชาติ</b>	โรคกรรมจากโรค.....	
รายละเอียดการเจ็บป่วย..... เจ็บป่วยมานาน(เดือน/ปี).....สถานพยาบาลที่รับการรักษา(ทั้งหมด).....		
<b>กรณีมีโรคกรรมผิดปกติ</b>	<input type="radio"/> อุบัติเหตุ <input type="radio"/> ถูกฆาตกรรม <input type="radio"/> ฆ่าตัวตาย <input type="radio"/> อื่นๆ	
วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สาเหตุจาก..... สถานที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดการเกิดเหตุ..... มีการแจ้งความหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ระบุชื่อสถานีตำรวจ.....		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามหนังสือเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ		
หนังสือฉบับนี้ทำขึ้น <input type="radio"/> ณ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่/สาขา..... <input type="radio"/> ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....		
ลงชื่อ X.....ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง วันที่..... (.....) เบอร์โทรศัพท์.....		
<b>ส่วนที่ 2 คำรับรองของผู้ให้บริการ</b>		
ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว เมื่อวันที่.....รับรองว่า ผู้เอาประกันภัยมีโรคกรรมในวัน เวลา และด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจริง		
ชื่อ-นามสกุลตัวแทนผู้ให้บริการ.....รหัสตัวแทน.....เบอร์มือถือ..... ลงชื่อผู้บริหารตัวแทน ผู้ตรวจสอบ.....เบอร์มือถือ.....		



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400  
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946  
www.thaillife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

หนังสือเรียกร้องหนึ่งฉบับต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคน

ปช.11 หน้า 2/2

## หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมมรดกกรรม

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
กรรมธรรม์ที่.....

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์.....อายุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
อาชีพ.....เบอร์โทรศัพท์.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล /แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

**การรับเงิน** ข้าพเจ้ามีความประสงค์

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้รับประโยชน์ (ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี) ธนาคาร.....  
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ส่งเช็คให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ ปัจจุบัน  ให้ตัวแทนเป็นผู้รับเช็ค  รับเงิน ที่สำนักงานใหญ่/สาขา.....

ให้บริษัทแจ้งผลอนุมัติผ่าน SMS เข้ามือถือหมายเลข.....

### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจผู้ให้ความยินยอม ตามกรรมธรรม์ประกันภัยของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (“บริษัท”) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรรมธรรม์ / ผู้ทรงกรรมธรรม์ และ / หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการพิจารณาสินไหมตามกรรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ที่เกี่ยวข้องกักรรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ / หรือผู้รับประโยชน์(กรณีเป็นผู้เยาว์) และผู้เอาประกันภัยที่รวมถึง ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือ ผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมธรรม์ / ผู้ทรงกรรมธรรม์ และ / หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการพิจารณาสินไหมตามเงื่อนไขกรรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาคของข้าพเจ้าจึง ได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามหนังสือเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แสดงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัท ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

หมายเหตุ : - กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ - กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 คน

ลงชื่อ X.....ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
(.....) (.....)  บิดา/มารดา  
ผู้รับประโยชน์/ ผู้เรียกร้อง  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์  
(กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....  
(.....) (.....)  
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต พยาน

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว  
ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิ์ ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ <https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy> หรือ สามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



# การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

## 1. ผู้เรียกร้องสินไหม

การเรียกร้องสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้รับประโยชน์ที่จะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหม รวมถึงลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลด้วยตนเอง เว้นแต่

- 1.1 ผู้รับประโยชน์อายุไม่เกิน 15 ปี ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทนผู้รับประโยชน์
- 1.2 ผู้รับประโยชน์อายุตั้งแต่ 15 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี ให้มีผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามผู้ให้ความยินยอมมาด้วย
- 1.3 ผู้รับประโยชน์ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ และมีพยานลงลายมือชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมืออย่างน้อย 2 คน
- 1.4 ผู้รับประโยชน์เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทน

## 2. เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

### 2.1 เอกสารประกอบการเรียกร้องเบื้องต้น

- (1) หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.11) ของ ผู้รับประโยชน์ทุกคน
- (2) ใบยินยอมของผู้รับประโยชน์หรือทายาทในการเปิดเผยประวัติ
- (3) สำเนาใบมรณบัตร โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- (4) สำเนาบัตรประจำตัว และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
- (5) สำเนาบัตรประจำตัว และสำเนาทะเบียนบ้าน ที่มีการจำหน่ายตายของผู้เอาประกันภัย

### 2.2 เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือเหตุอื่น

- (1) สำเนานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ
- (2) สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ
- (3) ภาพถ่าย หรือแผนที่แสดงการเกิดเหตุ (ถ้ามี)

### 2.3 เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม กรณีเสียชีวิตที่สถานพยาบาลและอายุกรมธรรม์ไม่พ้น 2 ปี นับแต่วันเริ่มสัญญา หรือวันต่อสัญญาครั้งสุดท้าย หรือ เสียชีวิตจากโรคร้ายแรงตามสัญญาที่ให้ความคุ้มครองโรคร้ายแรง

- (1) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มบริษัท (ปช.17) หรือใบรายงานของแพทย์
- (2) รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อหรือรายงานการตรวจด้วยวิธี MRI/CT Scan/X-ray แล้วแต่กรณี

### 2.4 เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม กรณีต่างๆ เกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

- (1) ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ และบิดามารดาเสียชีวิต เพิ่ม สำเนาคำสั่งศาลตั้งผู้ปกครองของผู้เยาว์
- (2) ผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกับผู้เอาประกันภัยและไม่มีผู้รับประโยชน์อื่น เพิ่ม สำเนาคำสั่งศาล ตั้งผู้จัดการมรดกของผู้เอาประกันภัย
- (3) ผู้รับประโยชน์เสียชีวิตภายหลังผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต เพิ่ม สำเนาคำสั่งศาลตั้งผู้จัดการมรดกของผู้รับประโยชน์

### 2.5 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐ หรือ สถาบันการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้รับประโยชน์

## 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** เอกสารที่เป็นสำเนาให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้รับประโยชน์ หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป