



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

36/179,36/183,36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร. 0-2379-5466, 0-2731-7727-28

36/179,36/183,36/186 Motoway Road khlong Song ton Nun , Lat Krabang Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28

Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

สหประกันชีวิต
SAHA LIFE INSURANCE

แบบเรียกร้องสินไหมค่าทดแทนทุพพลภาพ

สหกรณ์กรมธรรม์เลขที่

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย (นาย,นาง,นางสาว)..... อายุ ปี เบอร์มือถือ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

กรณาระบุสาเหตุของการทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ.....

กรณาระบุลักษณะของการทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ

วันที่เริ่มทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะวันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด

ขณะนี้ท่านยังทำการรักษาอยู่หรือไม่

ไม่ได้ทำการรักษาแล้ว ยังทำการรักษาอยู่ ด้วยวิธีการใด.....

โรงพยาบาลที่ทำการรักษา 1.....2.....

วันที่ท่านเข้ารับการรักษา(โดยประมาณ)วันที่ วันสุดท้าย

ท่านมีประกันหรือสวัสดิการ การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ หรือรักษาพยาบาลไว้กับที่ใดบ้าง

บริษัท..... วันที่เริ่มสัญญา.....

บริษัท..... วันที่เริ่มสัญญา.....

แพทย์ที่ท่านไปรักษาหรือปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ

ชื่อ	สถานพยาบาล	ตั้งแต่	จนถึง	ชนิดของการรักษา

การดำเนินกิจกรรมประจำวัน

รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	ทำได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย	ทำเองได้
1.ความสามารถจากการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้/เตียงนอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.สามารถเคลื่อนตัวใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย/อาบน้ำชำระร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.ความสามารถในการสวมเสื้อหรือถอดเสื้อ กางเกง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.ความสามารถในการรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.ข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม				

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท บริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุนามสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

.....
(.....) ลงวันที่ (.....) (.....)

ลงลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์ ลงลายมือชื่อพยาน ลงลายมือชื่อพยาน