

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนพลภาพสิ้นเชิงถาวร/ยกเว้นชำระเบี้ยประกันภัย

<p>1. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัยผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวประชาชน.....อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....</p>	<p>กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....</p>												
<p>2. รายละเอียดการทุพพลภาพ วันที่เริ่มทุพพลภาพ.....สาเหตุการทุพพลภาพ..... ลักษณะการทุพพลภาพ..... ท่านสามารถประกอบอาชีพอื่นๆ นอกจากอาชีพประจำได้หรือไม่.....ถ้าได้โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ.....</p>													
<p>3. รายละเอียดการรักษา ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล..... วันที่เริ่มรักษา.....วันสุดท้ายที่รักษา.....สาเหตุการเจ็บป่วย..... ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล..... วันที่เริ่มรักษา.....วันสุดท้ายที่รักษา.....สาเหตุการเจ็บป่วย..... ขณะนี้ยังทำการรักษาอยู่หรือไม่ ถ้ายังคงรักษาโปรดระบุวิธีการรักษา.....</p>													
<p>4. รายละเอียดการประกันภัยกับบริษัทอื่นๆ (ถ้ามี)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อบริษัทประกัน</th> <th>หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย</th> <th>วันเริ่มสัญญา</th> <th>จำนวนเงินเอาประกันภัย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย										
.....										
.....										
<p>5. จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนพลภาพถาวรสิ้นเชิง ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนพลภาพสิ้นเชิงถาวร <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ประเมินการทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> อื่นๆ เช่น ภาพถ่ายอาการปัจจุบัน, สำเนาประวัติการรักษา, फिल्मเอกซเรย์ (กรณีสูญเสียอวัยวะ)</p>													

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดอย่างดี และถูกต้องตรงตามความจริงทุกประการ

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : *กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
**กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

<p>➡ ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ให้ความยินยอม : (.....)</p>	<p>วันที่ : (.....)</p>	<p>พยาน : (.....)</p>	<p>พยาน : (.....)</p>
--	---	---	---