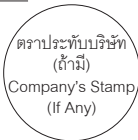


แบบเรียกร้องค่าทดแทนทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร/สูญเสียอวัยวะ (Total and Permanent Disability/Dismemberment Claim Request Form)

คำแนะนำ : ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย/ผู้รับมอบอำนาจ โปรดกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณา
สินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้ (The Insured / legal guardian or guardian is required to complete and sign the form because it may affect the claim
consideration according to the insurance contract.)

ส่วนที่ 1 (Part 1)

ผู้ถือกรมธรรม์-ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name) _____
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU _____ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.) _____
วันที่เริ่มสัญญา (Effective Date) _____



ลงชื่อ (Sign) _____
(_____)
ผู้ถือกรมธรรม์ (Policy Holder)/ ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____

ส่วนที่ 2 (Part 2)

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name) _____
อายุ (Age) _____ ปี (Year) เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID No./Passport No.) _____
วันที่เริ่มทุพพลภาพ (What date did you begin this Disability/Dismemberment) _____
สาเหตุการเจ็บป่วย (Cause of the disability) _____
อาการ (Symptoms) _____
อาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบก่อนทุพพลภาพ (Career and responsibility before this disability) _____
รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา (Detail of treatment)

ชื่อแพทย์ (Physician's Name)	ชื่อสถานพยาบาล (Hospital/clinic)	วันที่รักษา (Treatment's Date)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statement is truthful in all aspects.)

ลงชื่อ (Sign) _____
(_____)
ผู้เอาประกันภัย (Insured)/ ผู้แทนโดยธรรม (Legal Guardian or guardian)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลง
ยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

LETTER OF CONSENT

I, hereby, consent and allow doctors, medical centres, other insurance companies or any relevant persons who have acquired my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, my previous medical history including any future information which were available to disclose and release such information to the Agent Company, the life insurance company, or the Company's representatives in order to apply for an insurance policy, or claim the benefit thereof, or dealing with the insurance policy in any manner.

I, hereby, grant my consent to the Company to collect, use, disclose and release my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, and my previous medical history including any future information to the competent authorities or the reinsurers, relevant persons, the Company's life insurance agents, its personnel, and its representatives for the purpose of applying for an insurance policy, indemnifying the insured person thereunder, or for medical interest or dealing with the insurance policy in any manner.

Additionally, the copy of this Letter of Consent shall be binding as same as the original.

I, hereby, fully acknowledge and fully understand the condition and procedure of the Company under this Letter. I also agree that they are in accordance with my intention. Therefore, I am thereby entirely bound without reservation.

ลงชื่อ (Sign) _____ ลงชื่อ (Sign) _____ ลงชื่อ (Sign) _____
(_____) (_____) (_____)
ผู้เอาประกันภัย (Insured)/ พยาน พยาน
ผู้แทนโดยธรรม (Legal Guardian or guardian) (Witness) (Witness)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____ วันที่ (Date) _____ / _____ / _____ วันที่ (Date) _____ / _____ / _____

ลงชื่อ (Sign) _____ ผู้ให้ความยินยอม (Consent Grantor) ความสัมพันธ์ (Relation with the minor) _____
(_____)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน
Remark : * In case the beneficiary is a minor, a guardian must sign together with the minor and specify the relationship. ** In case of signing by
fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.



ส่วนที่ 2 ใบแสดงความเห็นแพทย์ (Part 2 Attending Physician's Statement)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (Name-Surname of patient) _____ อายุ (Age) _____ เลขที่คนไข้ (H/N) _____

วันที่อาการทุพพลภาพปรากฏครั้งแรก (Date of first showing disability) _____

วันที่หยุดทำงานเนื่องจากทุพพลภาพ (Date of first stop working due to disability) _____

การเจ็บป่วยเกิดจากการทำงานหรือไม่ (Is the disability caused by work) ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No) ไม่ทราบ (unknow)

วันที่เริ่มรักษาครั้งแรก (Date of first treatment) _____ ถึงวันที่ (Untill) _____

ความถี่ของการรักษา (Frequency of treatment)

สัปดาห์ละครั้ง (Once a week) เดือนละครั้ง (Once a month) อื่นๆ โปรดระบุ (Other, please specify) _____

วิธีการรักษารวมถึงการผ่าตัด, ยา และอื่นๆ (How to treatment include surgery, medication and others) _____

การวินิจฉัยรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Diagnosis and any complication) _____

อาการของผู้ป่วย (Patient of systems) _____

ผู้ป่วยเคยมีอาการมาก่อนหรือไม่ (Has the patient had symptoms before) ไม่ (No) ใช่ โปรดระบุ (Yes, please specify) _____

การประเมินสมรรถภาพทางกาย(Physical Test)

1.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Life)	<input type="checkbox"/> อาบน้ำ (Taking a bath)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (able to wash by oneself)	<input type="checkbox"/> ทำได้เมื่อมีคนช่วย (Need assistance)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย (Can't do it)
	<input type="checkbox"/> แต่งตัว (Dressing)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (able to wash by oneself)	<input type="checkbox"/> ทำได้เมื่อมีคนช่วย (Need assistance)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย (Can't do it)
	<input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร (Feeding)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (able to wash by oneself)	<input type="checkbox"/> ทำได้เมื่อมีคนช่วย (Need assistance)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย (Can't do it)
	<input type="checkbox"/> ขับถ่าย ทำได้เอง (Continence)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (able to wash by oneself)	<input type="checkbox"/> ทำได้เมื่อมีคนช่วย (Need assistance)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย (Can't do it)
	<input type="checkbox"/> การเคลื่อนย้าย (Mobility)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (able to wash by oneself)	<input type="checkbox"/> ทำได้เมื่อมีคนช่วย (Need assistance)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย (Can't do it)
2.ระดับความรู้สึกตัว (Level of Conciousness)	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (Alert)	<input type="checkbox"/> สับสน (Confuse)	<input type="checkbox"/> สลึมสลือ (Drowsy)	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว (Unconcious)
3.กล้ามเนื้อ (Muscle Power)	<input type="checkbox"/> แขน ขวา (Right) ระดับ(Level) 0 1 2 3 4 5 ซ้าย (Left) ระดับ(Level) 0 1 2 3 4 5			
	<input type="checkbox"/> ขา ขวา (Right) ระดับ(Level) 0 1 2 3 4 5 ซ้าย (Left) ระดับ(Level) 0 1 2 3 4 5			
4.การฟัง (Listening)	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจปกติ (Understanding)	<input type="checkbox"/> มีความยากในการฟังเข้าใจ (Difficult in understanding)	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย (Can't understand)	
5.การพูด (Speaking)	<input type="checkbox"/> ปกติ (Normal)	<input type="checkbox"/> พูดได้แต่ไม่ชัด (Dysarthria)	<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ (Can't speak)	
6.สติปัญญา/พฤติกรรม(Mentality/Behavior)	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ (Other, please specify)			
7.ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Ability to perform occupation)	<input type="checkbox"/> เหมือนคนปกติ (Normal)	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ โปรดระบุ (Abnormal, please specify)		
8.ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabled)	<input type="checkbox"/> ได้ (Yes)	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ (No)		
9.โอกาสหายจากการทุพพลภาพ (Chance to be cured of the disbaillity)	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว (Temporary Total Disability)	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรบางส่วน (Permanent Patial Disability)	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร (Permanent Total Disability)	
	<input type="checkbox"/> มี เนื่องจาก (Yes, because) _____			
	<input type="checkbox"/> ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก (Not conclusive, because) _____			
	<input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสหายจากการทุพพลภาพ (No chance of being cured)			
10.ความเห็นเพิ่มเติม (Additional Comment)				

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statement is true in all aspects)

แพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending physician) _____ ลงนาม (Sign) _____

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ (Medical license No) _____ คุณวุฒิ (Qualification) _____

สถานพยาบาล (Medical center) _____ วันที่ตรวจ (Date) _____ / _____ / _____