



เอกสารเรียกร้องผลประโยชน์จากการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....

การตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรของ ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ชื่อ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล.....

ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล (ถ้ามี) โปรดระบุ ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล.....

ก. ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง

การจ่ายผลประโยชน์การทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย เมื่อวันที่.....จากสาเหตุ.....
 การยกเว้นการชำระเบี้ยประกันภัย

ข. ข้อมูลการทุพพลภาพ

1. วันที่ปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรก..... สาเหตุ.....
มีอาการ..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

2. วันที่พบแพทย์ครั้งสุดท้าย..... มีอาการ.....
..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

3. สถานพยาบาลที่ได้รับการรักษาการทุพพลภาพนี้.....

ชื่อสถานพยาบาล	ตั้งแต่	จนถึง	ผลการรักษา

ค. เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้อง สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมดจากสถานพยาบาล..... อื่นๆ.....

ง. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย มีสิทธิ์เรียกร้องจากบริษัทประกันภัยอื่น ไม่มี มี โปรดระบุ.....

จ. วิธีการรับเงิน/ค่าชดเชย

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร/รหัสพร้อมเพย์ที่ได้รับไว้กับบริษัทฯ เท่านั้น รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา..... ส่งผ่านตัวแทนชื่อ.....สังกัด.....

ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบัน

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วยเปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัท เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่ใ้ไว้ข้างต้นที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล ผู้ถือกรรมกรรมประกันกลุ่ม สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแลพันธกิจของธุรกิจของบริษัท มูลนิธิ และผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยการขอเอาประกันภัยในอนาคตและเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้อับ หรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท แล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy ทั้งนี้การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้รับไว้ข้างต้นโดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ลงชื่อผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้มอบอำนาจ
()

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อพยาน
()

ลงชื่อพยาน
()

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามส่วนนี้เพิ่มเติมในการให้ความยินยอมข้างต้นพร้อมระบุความสัมพันธ์

*ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

หมายเหตุ : 1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
*2. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
*3. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
*4. ก่อนนำส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) ขอให้ติดกับข้อมูล "ศาสนา" หรือ "เชื้อชาติ" แล้วแต่กรณี จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากทำไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล "ศาสนา" หรือ "เชื้อชาติ" แทนท่านได้

ความเห็นแพทย์รับรองการทพพลาภาพ

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... เลขที่ H.N..... เลขที่ A.N.....

ผู้ป่วยปรากฏอาการทพพลาภาพครั้งแรกเมื่อ.....จากสาเหตุ.....

โรคประจำตัวอื่นๆ ที่มี.....ระยะเวลาของโรค เริ่มเป็นเมื่อ.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

ก. การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน					
1.1 อาบน้ำ	<input type="checkbox"/>	สามารถอาบน้ำได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
1.2 แต่งตัว	<input type="checkbox"/>	สามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้า กางเกง ได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
1.3 ทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	สามารถทานอาหารได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
1.4 ขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะได้	<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้	
1.5 การเคลื่อนย้าย	<input type="checkbox"/>	สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
2. ระดับความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/>	รู้สึกตัวดี	<input type="checkbox"/>	สับสน	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	สะลึมสะลือ	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	ไม่รู้สึกรู้ตัว	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					GCS Score E_ M_ V_
3. ความสามารถในการมองเห็น					
<input type="checkbox"/>	ดวงตามองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง	VA ข้างขวา_____ข้างซ้าย_____	<input type="checkbox"/>	ดวงตาบอดสนิท 1 ข้าง คือ ข้าง.....	
<input type="checkbox"/>	ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง	VA ข้างขวา_____ข้างซ้าย_____	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ.....	
4. ความสามารถในการใช้มือและแขน					
<input type="checkbox"/>	ใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ทั้ง 2 ข้าง	<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ 1 ข้าง คือ ข้าง.....		
<input type="checkbox"/>	ใช้มือและแขนทำกิจวัตรไม่ได้เลย ทั้ง 2 ข้าง	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ.....		
5. ความสามารถในการยืนและเดิน					
<input type="checkbox"/>	สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ				
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง				
6. สถิติปัญญา/พฤติกรรม					
<input type="checkbox"/>	เหมือนคนปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด.....		
7. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ					
<input type="checkbox"/>	สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				

ข. ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากการทพพลาภาพหรือไม่		<input type="checkbox"/>	มีเนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/>	ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/>	ไม่มีโอกาสหายจากการทพพลาภาพ
2. ชนิดของการทพพลาภาพ			
<input type="checkbox"/>	ทพพลาภาพลิ้นเชิงชั่วคราว	<input type="checkbox"/>	ทพพลาภาพบางส่วนถาวร
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ทพพลาภาพลิ้นเชิงถาวร
3. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่.....			
ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก			
ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก			
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์			
เครื่องมือช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ			
ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว			
สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ			
ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว			
สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....สถานพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ประทับตราสถานพยาบาล)