



เอกสารเรียกร้องผลประโยชน์จากการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

- การตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรของ ผู้เอาประกันภัย ชื่อ.....
ตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....
- การตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรของ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ชื่อ.....
ตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....

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

ก. ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง

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

ข. ข้อมูลการทุพพลภาพ

- วันที่ปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรก.....สาเหตุ.....
มีอาการ.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
- วันที่พบแพทย์ครั้งสุดท้าย.....มีอาการ.....
.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
- วันที่เริ่มหยุดทำงานทั้งหมด.....
- สถานพยาบาลที่ได้รับการรักษาการทุพพลภาพนี้

ชื่อสถานพยาบาล	ตั้งแต่	จนถึง	ผลการรักษา

ค. เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้อง

- สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมดจากสถานพยาบาล.....
- อื่นๆ.....
- ง. ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย มีสิทธิเรียกร้องจากบริษัทประกันภัยอื่น ไม่มี มี โปรดระบุ.....
- จ. วิธีการรับสินไหม/ค่าชดเชย
- โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น
- รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
- รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....
- ส่งผ่านตัวแทนชื่อ.....สังกัด.....
- ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบัน

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วยเปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้ามอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิมีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ลงชื่อ ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล
(.....) (.....)

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ : กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

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

ผู้ป่วยปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ.....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"/> ลับสน <input type="checkbox"/> สะลึมสะลือ <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว <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 โปรดบรรยายละเอียด.....				
7. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ				
<input type="checkbox"/> สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				

ข. ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากการทุพพลภาพหรือไม่		<input type="checkbox"/> มีเนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/> ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสหายจากการทุพพลภาพ
2. ชนิดของการทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร		
3. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่.....		
ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก		
ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการช่วยเหลือค่อนข้างมาก		
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ		
ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ		
ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ประทับตราสถานพยาบาล)