



บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
 โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

คำร้อง เรียกร้องสินไหมทดแทน

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่

ชื่อ-นามสกุล ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี) อายุ ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ อาคาร ชั้น หมู่ ถนน
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

อาชีพ ตำแหน่งหน้าที่การงานครั้งสุดท้าย

ชื่อสถานที่ทำงาน โทรศัพท์ ต่อ

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี (โปรดระบุ)

บริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. กรณีมีโรคกรรมผิดปกติ อุบัติเหตุ ฆาตกรรม อัตวินิบาตกรรม อื่นๆ

การเกิดเหตุ ด้วยสาเหตุ

โดยมีอาการบาดเจ็บ เมื่อวันที่ / / เวลา น.
 เหตุเกิดที่ ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

ผู้เอาประกันภัยถึงแก่กรรมที่ สถานที่เกิดเหตุ โรงพยาบาล บ้าน อื่นๆ

มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ เมื่อวันที่ / /

3. กรณีมีโรคกรรมตามธรรมชาติ

ถึงแก่กรรมด้วยโรค อาการเจ็บป่วย

เจ็บป่วยมานาน ปี เดือน สถานพยาบาลที่รักษาครั้งสุดท้าย

วันที่เข้า / / เวลา น. วันที่ออก / / เวลา น.
 ชื่อแพทย์ผู้รักษา สถานพยาบาลที่รักษาอาการดังกล่าวมาก่อน

วันที่รักษา / / ผู้เอาประกันภัยได้พูดถึงอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อวันที่ / /

อาการที่สังเกตเห็น

4. ผู้รับประกัน

ชื่อ-นามสกุล ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี) อายุ ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ อาคาร ชั้น หมู่ ถนน
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน

อาชีพ สถานที่ทำงานปัจจุบัน โทรศัพท์

ท่านเป็นผู้รับประกันตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ โปรดระบุสิทธิ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้แก่บริษัทถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับประกัน
 (.....)
 วันที่ / /

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม
 (.....)
 กรณีผู้รับประกันยังไม่บรรลุนิติภาวะ

สำหรับเจ้าหน้าที่
 วันที่รับเอกสาร / /

เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็วและเพื่อประโยชน์ของท่าน
 กรุณาลงนามให้ความยินยอมด้านหลังให้ครบถ้วนสมบูรณ์

หนังสือให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ขอให้และยินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บริษัทประกันภัยอื่น ผู้ถือกรรมสิทธิ์ และหรือนายหน้าประกันประกันชีวิต หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาล ของผู้เอาประกันภัย ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ผู้แทนของบริษัท การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

2. ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวตามที่จำเป็นให้แก่ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สมาคมประกันชีวิต สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต บริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ ธนาकार มูลนิธิ คู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว ผู้บริหาร บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท ผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัท และหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอไหลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทไม่สามารถบริหารจัดการ หรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการเข้าทำและหรือปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการ หรือการจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

- หมายเหตุ:
1. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุไม่ถึง 10 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 2. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมกับผู้รับประโยชน์พร้อมระบุความสัมพันธ์
 3. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้รับประโยชน์	วันที่	พยาน	พยาน
.....
(.....)	ความสัมพันธ์.....	(.....)	(.....)


ผู้ให้ความยินยอม

..... ในฐานะ บิดา/มารดา

(.....) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัวของบริษัทและสิทธิของท่าน

ได้ที่ www.builife.com/privacy-policy.html หรือสแกน QR Code



ประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว