



บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

BU Life
บางกอกสหประกันภัย

โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

คำร้อง เรียกร้องสินไหมทดแทน

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย สูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพ ชดเชยค่ารักษาพยาบาล กรมธรรม์เลขที่

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

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี (โปรดระบุ)

บริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. การเกิดเหตุ (กรณีอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย)

วันที่เกิดเหตุ / / ด้วยสาเหตุ
ตำแหน่งที่บาดเจ็บ ลักษณะของบาดแผล
เวลา น. เหตุเกิดที่ ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ เมื่อวันที่ / /

3. การเจ็บป่วย (กรณีเจ็บป่วย)

อาการเจ็บป่วย
โรคที่รักษา
อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ปี เดือน

4. การรักษาพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาลที่รักษา ชื่อแพทย์ผู้รักษา
การวินิจฉัยของแพทย์ วันที่เข้ารับรักษา / / เวลา น.
เคยตรวจรักษามาก่อนที่ เมื่อวันที่ / /

5. ค่ารักษาพยาบาล

จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ได้ชำระรวมทั้งสิ้น บาท ใบเสร็จรับเงิน ฉบับ
ข้าพเจ้าขอส่งมอบหลักฐานเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน รวมทั้งสิ้น ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้แก่บริษัทถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และ
เข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือ
ชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่ / /

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร / /

ชื่อผู้รับ

เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็วและเพื่อประโยชน์ของท่าน
กรุณาลงนามให้ความยินยอมด้านหลังให้ครบถ้วนสมบูรณ์



บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

หนังสือให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอให้และยินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บริษัท ประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาล ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ผู้แทนของบริษัท การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท บริษัทประกันภัย ต่อ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ประกันภัย

2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ทั้งที่ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวตามที่จำเป็นให้แก่ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สมาคมประกันชีวิต สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ถือกรรมธรรม์ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต บริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ ธนาคาร มูลนิธิ คู่ค้า หรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว ผู้บริหาร บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท ผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัท และหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัย การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของ บริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ประกันภัย หรือการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทไม่สามารถบริหารจัดการ หรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการเข้าทำและหรือปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการ หรือการจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรรมธรรม์

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

- หมายเหตุ:
1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุไม่ถึง 10 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 2. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมกับผู้เอาประกันภัยพร้อมระบุความสัมพันธ์
 3. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย	วันที่	พยาน	พยาน
.....
(.....)	ความสัมพันธ์.....	(.....)	(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

..... ในฐานะ บิดา/มารดา

(.....) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทและสิทธิของท่าน

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



ประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว