



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน))

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

36/179.36/183.36/186 หมู่บ้าน RK BIZ CENTER ถนนมอเตอรวิชัย แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร. 0-2379-5466. 0-2731-7727-28

36/179.36/183.36/186 RK BIZ CENTER, Motoway Road khlong Song ton Nun , Lat Krabang Bangkok 10520, Thailand Td. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466. +66-2731-7727-28

สหประกันชีวิต
SAHA LIFE INSURANCE

Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

รายการนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมค่าทดแทนทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ/ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ

เอกสารหรือหลักฐาน	ทุพพลภาพ	สูญเสียอวัยวะ	ค่ารักษาพยาบาล
<input type="checkbox"/> 1.แบบเรียกร้อยค่าทดแทน (แบบฟอร์มของบริษัท)	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> 2.สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> 3.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ	✓	✓	-
<input type="checkbox"/> 4.ต้นฉบับใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา (แบบฟอร์มของบริษัท) หรือ ใบรับรองแพทย์	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> 5.ประวัติการรักษาตั้งแต่เกิดเหตุ	✓	✓	-
<input type="checkbox"/> 6.ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงและใบสรุปรายการค่าใช้จ่าย	-	-	✓
<input type="checkbox"/> 7.สำเนาเอกสารแสดงความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	✓	-	-
<input type="checkbox"/> 8.หน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันและผู้รับประโยชน์	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> 9.กรมธรรม์ หรือ หนังสือรับประกันภัย (ฉบับจริง)	✓	✓	-
<input type="checkbox"/> 10.รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย	✓	✓	-
<input type="checkbox"/> 11.สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อ-นามสกุล (กรณีชื่อ-สกุล ไม่ตรงตามที่ระบุ ในกรมธรรม์)	✓	✓	✓
<input type="checkbox"/> 12.สำเนารับที่ประจำวันเกี่ยวกับคดี รายงานสอบสวน และคำพิพากษา (กรณีเป็นคดีความ)	✓	✓	✓

หมายเหตุ

✓ จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา

- เอกสารของผู้เอาประกันให้รับรองสำเนาถูกต้องและให้ตัวแทนหรือสหกรณ์ตรวจสอบเอกสารถูกต้องกับต้นฉบับจริง แล้วลงลายมือชื่อรับรอง
- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนพยานทั้ง 2 ท่านด้วย

ลงชื่อผู้นำส่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....