



บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 3199 อาคารมาลีนนท์ ทาวเวอร์ ชั้น 14 ถนนพระรามที่ 4 แขวง คลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110  
 Tune Insurance Public Company Limited  
 3199 Maleenont Tower, 14th Floor Rama IV Road, Khlong Tan, Khlong toei Bangkok 10110 Thailand  
 +66 (0) 2078 5656 +66 (0) 2078 5624

วันที่ (Date) .....

### เอกสารเรียกร้องผลประโยชน์จากการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

การตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงของ ผู้เอาประกัน ชื่อ .....  
 กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ .....

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

1. ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง

การจ่ายผลประโยชน์การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ เมื่อวันที่เกิดเหตุ .....จากสาเหตุ.....

2. ข้อมูลการทุพพลภาพ

2.1 วันที่ปรากฏอาการการทุพพลภาพครั้งแรก ..... สาเหตุ.....

มีอาการ.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

2.2 วันที่พบแพทย์ครั้งสุดท้าย.....มีอาการ.....

.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

3. สถานพยาบาลที่ได้รับการรักษาการทุพพลภาพนี้

ชื่อสถานพยาบาล	ตั้งแต่	จนถึง	ผลการรักษา

4. ผู้เอาประกันภัย มีสิทธิเรียกร้องจากบริษัทประกันอื่น  ไม่มี  มี โปรดระบุ .....

5. วิธีการรับสินไหม/ค่าชดเชย

เช็ค

โอนเงินเข้าบัญชี ประเภทบัญชี  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน ชื่อธนาคาร..... สาขา .....

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี .....

(\*พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมา)

#### ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลใดๆ ที่ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เอาประกัน เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการตรวจรักษา และผลการตรวจสุขภาพให้แก่ บริษัท ทูน ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลใดๆที่ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เอาประกันเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย  
 ( )

ลงชื่อ.....พยาน  
 ( )

ลงชื่อ.....ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล  
 ( )

ลงชื่อ.....พยาน  
 ( )

หมายเหตุ กรณีลงนามโดยใช้พิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 คน

ความเห็นแพทย์รับรองการทุพพลภาพ

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

ผู้ป่วยปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ..... จากสาเหตุ.....

โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่มี..... ระยะเวลาของโรค เริ่มเป็นเมื่อ..... สถานพยาบาลที่รักษา.....

**การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ**

1.ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
1.1 อาบน้ำ	<input type="checkbox"/> สามารถอาบน้ำได้เอง	<input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
1.2 แต่งตัว	<input type="checkbox"/> สามารถสวมเสื้อหรือถอดเสื้อ กางเกง ได้เอง	<input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
1.3 ทานอาหาร	<input type="checkbox"/> สามารถทานอาหารเองได้	<input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
1.4 ขับถ่าย	<input type="checkbox"/> สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะได้	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้
1.5 การเคลื่อนย้าย	<input type="checkbox"/> สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งได้เอง	<input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
2.ระดับความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> สละสลือ <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 คือข้าง.....
<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"/> ใช้มือและแขนทำกิจวัตรไม่ได้ ทั้ง 2 ข้าง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
5.ความสามารถในการยืนและเดิน		
<input type="checkbox"/> สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ		
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง		
6.สติปัญญา/พฤติกรรม <input type="checkbox"/> เหมือนคนปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ โดยระบุรายละเอียด.....		
7.ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ		
<input type="checkbox"/> ความสามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้		
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้		

**ผลประเมิน**

1.ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากทุพพลภาพหรือไม่	<input type="checkbox"/> มีเนื่องจาก.....
	<input type="checkbox"/> ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก.....
	<input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสหายจากทุพพลภาพ
2.ชนิดของการทุพพลภาพ	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
3.ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่.....	
ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือน้อยมาก และต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก	
ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการช่วยเหลือค่อนข้างมาก	
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ	
ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ	
ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือ เข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำและลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....สถานพยาบาล.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

