ใบนำส่งเรียกร้องสินไหมมรณกรรม/ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย/ทุพพลภาพ

Allianz AYUDHYA

ชื่อผู้นำส่ง : ..... วันที่นำส่ง : .....

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า : ..... รหัส : ..... โทรศัพท์ : .....

หน่วย/เขต/ภาค/ธนาคาร : ....สาขา : ..... โทรสาร : .....

รายละเอียดการเรียกร้อง

กรมธรรม์เลขที่ : ..... ชื่อผู้เอาประกันภัย : .....

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย : .....

กรุณาจัดส่งเอกสารทุกฉบับและจัดเรียงเอกสารตามลำดับหัวข้อ (ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ เฉพาะรายการที่จัดส่งมา)

กรณีสินไหมมรณกรรม

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

1. กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (กรุณาลงนามในส่วนผู้รับประโยชน์ และท่อนท้ายในส่วนใบมอบฉันทะให้ครบถ้วน)

☐ 2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาสำหรับสินไหมมรณกรรม

☐ 3. สำเนาใบมรณบัตร (รับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ตาย (รับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายที่จำหน่าย"ตาย"(รับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ 6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

☐ 8.กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ (กรณีสูญหาย ใช้ใบแจ้งความเอกสารสูญหาย)

☐ 9. รูปถ่ายปัจจุบันของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน กรณีที่รับเงินสินไหมเกินกว่าท่านละ 100,000 บาทถ้วนขึ้นไป เพื่อยืนยันบุคคลตามประกาศ สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน ในกรณีที่ไม่มีตัวแทนบริการ หรือ การซื้อประกันผ่านช่องทางโทรศัพท์

☐10.สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน เพื่อโอนเงินมูลค่าหน่วยลงทุน เฉพาะกรมธรรม์แบบ ยูนิตลิงค์

กรณีอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือมีผลทางคดี

ใช้เอกสารตามข้อ 1-11 เพิ่มเติม

☐ 11. สำเนาบันทึกประจำวัน วันที่เกิดเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ข้อไป และ ข้อกลับ)

☐ 12. สำเนาใบชันสูตรพลิกศพที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ด้านหน้า และ ด้านหลัง)

<u>กรณีมีการผ่าพิสูจน์ศพ</u>

☐ 13. รายงานการตรวจศพ รับรองโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือแพทย์ผู้ผ่าศพ

<u>กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์</u>

☐ 14. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

☐ 15. คำร้องขอเปลี่ยนแปลงผู้ปกครอง (กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต)

หมายเหตุ: - กรณีอายุกรมธรรม์ไม่ถึง 2 ปี นับจากวันทำสัญญา และวันต่ออายุฯ ให้จัดส่งแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (ตามข้อ 1) เพิ่มเติมอีก 1 ฉบับ

- กรณีผู้รับผลประโยชน์ มีสัญชาติอเมริกัน และมีเอกสารการเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้แนบเอกสาร W-9
- กรณีผู้รับประโยชน์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ปัจจุบันไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว ให้แนบเอกสาร W-8 BEN

กรณีเรียกร้องขอยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP/PB) เนื่องจาก ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยทุพพลภาพ

เอกสารประกอบการเรียกร้องกรณีขอยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP/PB) เนื่องจาก ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยทุพพลภาพ

☐ 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนทุพพลภาพ

☐ 2. ใบแสดงความเห็นแพทย์ (ด้านหลังแบบฟอร์มทุพพลภาพ)

☐ 3. ฟิล์มแอ็กซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)

☐ 4. รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การทุพพลภาพของผู้เอาประกันภัย

☐ 5. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด

☐ 6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ (กรณีสูญหาย ใช้ใบแจ้งความเอกสารสูญหาย)

เฉพาะพนักงานสาขา

: (กรณีเอกสารไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน กรุณาส่งคืนให้แก้ไขใหม่)

บริษัทฯ ได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมาแล้ว ปรากฏว่า

☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ ขาดเอกสารดังต่อไปนี้.....

ลงชื่อผู้ตรวจเอกสาร : ..... วันที่ : .....

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ชั้น 1 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 898 ถ.เพลินจิต กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2305-7000 โทรสาร 0-2263-0870 ทะเบียนเลขที่ บมจ.378

Allianz Ayudhya Pcl. 1st Floor, Ploenchit Tower, 898 Ploenchit Road, Bangkok10330 Thailand Tel. 0-2305-7000 Fax 0-2263-0313

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนทุพพลภาพ
Claimant's Statement

Allianz AYUDHYA

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ปี ส่วนสูง _____ซม. น้ำหนัก _____กก.

Insured's Name Age Year Hieght cm Weight kg.

ข. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย _____

Insured's Address _____

ค. กรุณาระบุสาเหตุของการทุพพลภาพ Please state briefly the cause of the disability

_____

_____

_____

ง. ลักษณะของการทุพพลภาพ Character of Disability

_____

จ. วันที่เริ่มทุพพลภาพ _____ วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด _____

What date did you begin this disability ? What date did you stop all work?

ฉ. กรุณาระบุอาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านก่อนเกิดการทุพพลภาพ Please state career and responsibility before this disability

_____

_____

ช. ขณะนี้ท่านยังทำการรักษาอยู่หรือไม่ Have you continued your treatment? _____

ด้วยวิธีการใด in what way? _____

ซ. วันที่ (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งในธุรกิจของท่าน _____

What date did you or (approximatly) will you first attend to any business duties?

ฌ. ท่านมีประกันหรือสวัสดิการ การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ หรือรักษาพยาบาลไว้กับที่ใดบ้าง

Do you have any insurance or welfare for your illness, injury or treatment? Where?

บริษัท Company Name _____วันเริ่มสัญญา Policy Date _____

บริษัท Company Name _____วันเริ่มสัญญา Policy Date _____

ญ แพทย์ที่ท่านไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้ Physician consulted for this disability

ชื่อ Name	สถานพยาบาล Hospital / Clinic	ตั้งแต่ Since	จนถึง Until	ชนิดของการรักษา Character of treatment

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามเหล่านี้ตามความเป็นจริง (I declare that the answers given above are true and complete)

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย _____ ลายมือชื่อพยาน _____ ลายมือชื่อพยาน _____

วันที่ วันที่ วันที่

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ชั้น 1 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 898 ถ.เพลินจิต กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2305-7000 โทรสาร 0-2305-7011 ทะเบียนเลขที่ 0107537001315

Allianz Ayudhya Assurance Pcl 1st Floor, Ploenchit Tower, 898 Ploenchit Road, Bangkok 10330 Tel 0-2305-7000 Fax.0-2305-7011 www.azay.co.th

ใบแสดงความเห็นของแพทย์

Attending Physician's Statement

Allianz AYUDHYA

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ปี ส่วนสูง _____ซม. น้ำหนัก _____กก.

Insured's Name Age Year Hieght cm Weight kg.

1 กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity

_____

_____

2 กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

State briefly the result of Neyrological examination , Laboratry tests, X-ray,etc.

_____

_____

3 การวินิจฉัย _____

Diagnosis

4 ภาวะแทรกซ้อนที่พบ _____

Any Complication

5 ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ _____จนถึง _____ที่_____

Treatment render by you since Until At

ชนิดของการรักษา _____

Character of treatment

6.การตรวจร่างกาย Physical Examination

6.1	ระดับความรู้สึกตัว Level of Conciousness	☐ รู้สึกตัว Alert	☐ สับสน Confuse	☐ สลึมสลือ Drowsy	☐ ไม่รู้สึกตัว Unconcious	
6.2	กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right	Grade : 0 I II III IV V	Leg	Right	Grade : 0 I II III IV V
			Left	Grade : 0 I II III IV V		Left	Grade : 0 I II III IV V
6.3	ความสามารถในการฟัง Listening	☐ ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	☐ มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in Understanding	☐ ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understand		
6.4	ความสามารถการพูด Speaking	☐ ปกติ (normal) ☐ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจแต่พูดไม่ได้	☐ พูดได้แต่ไม่ชัดเจน (Dysarthria) ☐ พูดไม่ได้และฟังผู้อื่นพูดไม่เข้าใจ	☐ พูดได้ ฟังผู้อื่นไม่ชัดเจน ☐ อื่นๆ ระบุ _____		
6.5	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity aily Life	การเคลื่อนย้าย	☐ ทำได้เอง	☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	☐ ทำไม่ได้เลย	
		การรับประทานอาหาร	☐ ทำได้เอง	☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	☐ ทำไม่ได้เลย	
		อาบน้ำ	☐ ทำได้เอง	☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	☐ ทำไม่ได้เลย	
		แต่งตัว	☐ ทำได้เอง	☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	☐ ทำไม่ได้เลย	
		ควบคุมอุจจาระ	☐ ควบคุมได้	☐ ได้บ้าง	☐ ไม่ได้เลย	
		ควบคุมปัสสาวะ	☐ ควบคุมได้	☐ ได้บ้าง	☐ ไม่ได้เลย	
6.6	ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะ ☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้	☐ มีความยากลำบากในการตัดสินใจ			
6.7	สภาพปัจจุบันสามารถปฏิบัติงานได้หรือไม่ Working	☐ ได้	☐ ไม่ได้			
6.8	ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	☐ ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	☐ ทุพพลภาพถาวรบางส่วน Permanent Patial Disable	☐ ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Diaabled		
6.9	การพยากรณ์โรค Prognosis	☐ ดีขึ้น	☐ คงที่	☐ แย่ลง		
6.10	ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment					

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : _____ ลายมือชื่อ _____

Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 : _____ คุณวุฒิ _____ วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา _____

Thailand's Medical Registration No. Qualification Specialty

ชื่อของสถานพยาบาล _____หมายเลขโทรศัพท์ _____วันที่ตรวจ _____

Name of Hospital Telephone No. Date of Examination