ใบนำส่งการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม/ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย/ โรคร้ายแรง/การสูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ

Allianz AYUDHYA

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

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า : .....รหัส : ..... โทรศัพท์ : .....
หน่วย/เขต/ภาค/ธนาคาร : .....สาขา : .....โทรสาร : .....

รายละเอียดการเรียกร้อง

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

กรุณาจัดส่งเอกสารทุกฉบับและจัดเรียงเอกสารตามลำดับหัวข้อ (ขีดเครื่องหมาย ✓ลงใน ☐ เฉพาะรายการที่จัดส่งมา)

1. การเรียกร้องสินไหมมรณกรรมสำหรับผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เสียชีวิตทุกกรณีต้องส่งเอกสารตามข้อ 1-9 ให้ครบถ้วน

☐ 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (กรุณาลงนามในส่วนผู้รับประโยชน์ และท่อนท้ายในส่วนใบมอบฉันทะให้ครบถ้วน)
☐ 2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาสำหรับสินไหมมรณกรรม
☐ 3. รายงานการสอบสวนมรณกรรมของผู้เอาประกันภัยโดยผู้บริหารตัวแทน - ตัวแทน
☐ 4. มรณบัตรต้นฉบับ พร้อมสำเนามรณบัตร (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ 5. บัตรประชาชนของผู้ตายต้นฉบับ พร้อมสำเนา (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ 6. ทะเบียนบ้านของผู้ตายที่จำหน่าย “ตาย” ต้นฉบับพร้อมสำเนา(รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ 7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ 8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ 9. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ

ข้อ 10-13 ให้จัดส่งเพิ่มเติม ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเสียชีวิต/การเรียกร้อง

กรณีอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือมีผลทางคดี

☐ 10. สำเนาบันทึกประจำวัน ที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ
☐ 11. สำเนาใบชันสูตรพลิกศพที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ

กรณีมีการผ่าพิสูจน์ศพ

☐ 12. รายงานการตรวจศพ รับรองโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือแพทย์ผู้ผ่าศพ

กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

☐ 13. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)
☐ 14. คำร้องขอเปลี่ยนแปลงผู้ปกครอง (กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต)
☐ 15.อื่นๆ (ถ้ามี) .....

หมายเหตุ: - กรณีอายุกรมธรรม์ไม่ถึง 2 ปี นับจากวันทำสัญญา และวันต่ออายุฯ ให้จัดส่งแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (ตามข้อ 1) เพิ่มเติมอีก 1 ฉบับ
- กรณีผู้รับประโยชน์ มีสัญชาติอเมริกัน และ มีเอกสารการเสียภาษีในประเทศอเมริกา ให้แนบเอกสาร W-9
- กรณีผู้รับประโยชน์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศอเมริกา เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศอเมริกา แต่ปัจจุบันไม่มีส่วนเกียวข้องกับประเทศอเมริกาแล้ว ให้แนบเอกสาร W-8 BEN

2. กรณีเรียกร้องขอยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP/PB) เนื่องจากผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยทุพพลภาพ

☐ 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนทุพพลภาพ
☐ 2. ใบแสดงความเห็นแพทย์ (ด้านหลังแบบฟอร์มทุพพลภาพ)
☐ 3. ฟิล์มเอ็กซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)
☐ 4. รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การทุพพลภาพของผู้เอาประกันภัย
☐ 5. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด
☐ 6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ

3. การเรียกร้องผลประโยชน์ความคุ้มครองโรคร้ายแรง

☐ 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
☐ 2. ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแถลงผลการวินิจฉัยโรคโดยละเอียด
☐ 3. ฟิล์มเอ็กซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)
☐ 4. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือผลทางพยาธิสภาพ
☐ 5. สำเนาประวัติการรักษา/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
☐ 6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ

4. กรณีเรียกร้องการสูญเสียอวัยวะ ตามสัญญาคุ้มครองอุบัติเหตุ (Dismemberment)

☐ 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ/ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
☐ 2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษา
☐ 3. ฟิล์มเอ็กซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)
☐ 4. รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การสูญเสียฯของผู้เอาประกันภัย
☐ 5. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด
☐ 6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ

เฉพาะพนักงานสาขา : (กรณีเอกสารไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน กรุณาส่งคืนให้แก้ไขใหม่)

บริษัทฯ ได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมาแล้ว ปรากฏว่า

☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบ ขาดเอกสารดังต่อไปนี้.....

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

บมจ.อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

1. ชื่อผู้เสียชีวิต ..... อายุ ..... ปี
   ☐ เป็นผู้เอาประกันภัย ของกรมธรรม์เลขที่ .....
   ☐ เป็นผู้ชำระเบี้ย ของกรมธรรม์เลขที่ ..... (ชื่อผู้เอาประกันภัย .....)
   ☐ เป็นผู้ชำระเบี้ย ของกรมธรรม์เลขที่ ..... (ชื่อผู้เอาประกันภัย .....)
   ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิต หมู่บ้าน/อาคารชุด ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....
   ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
   โทรศัพท์ ..... อาชีพครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิต ..... ตำแหน่งครั้งสุดท้าย .....
2. ชื่อผู้ยื่นคำร้องขอรับเงิน (ภาษาไทย) ..... (ภาษาอังกฤษ) .....
   สัญชาติ ..... กรณีที่ถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ .....
   เกิดที่ประเทศ ..... ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ..... เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ .....
   วันที่หมดอายุ ..... ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) วันที่หมดอายุ .....
   ☐ อื่นๆ ระบุ ..... เลขที่ ..... วันที่หมดอายุ ..... กรณีมีบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่อย่างถาวรอย่างถูกต้องตามกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา(Green Card) โปรดระบุเลขที่ ..... วันที่หมดอายุ .....
   ที่อยู่ปัจจุบัน ..... รหัสไปรษณีย์ ..... ประเทศ ..... สถานที่ติดต่อได้ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
   ☐ ที่อยู่อื่นๆ ..... รหัสไปรษณีย์ .....
   ประเทศ ..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ..... อีเมล ..... อาชีพ .....
   ตำแหน่งครั้งสุดท้าย ..... ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ถึงแก่กรรมเมื่อ วันที่ ..... เวลา ..... สถานที่ .....
   สาเหตุที่ถึงแก่กรรม
   ☐ อุบัติเหตุ
   ☐ ฆาตกรรมหรือฆ่าตัวตาย โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด .....
   ☐ ความเจ็บป่วย ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ได้บอกกล่าวถึงอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อ .....
   อาการที่สังเกตเห็น .....
   ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งหลังสุดเมื่อ .....
   ชื่อแพทย์/สถานพยาบาลที่ไปพบ .....
4. ชื่อแพทย์และที่อยู่หรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย เข้ารับการรักษาครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับวันเริ่มสัญญาหรือก่อนหน้านั้น

ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล	ที่อยู่โรงพยาบาล/สถานพยาบาล	วันที่รักษา	โรคที่ทำการรักษา

5. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย มีประกันชีวิต ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล ประกันสุขภาพไว้กับ บมจ.อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต และบริษัทหรือสถาบันอื่นดังนี้

ชื่อบริษัทประกันภัย	หมายเลขกรมธรรม์	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ
บมจ.อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต				

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ นอกจากนี้ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีสัญชาติอเมริกันหรือมีสถานที่ติดต่อหรือถิ่นที่อยู่หรือที่ทำงานหรือสถานประกอบการในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือมีรายได้ที่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา หรือตกอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขที่ต้องเสียภาษีตามกฎหมายสหรัฐอเมริกาหรือ Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ เปิดเผย หรือส่งข้อมูลทั้งหมดไม่ว่าเป็นข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลการติดต่อของข้าพเจ้าให้กับหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA รวมทั้งให้สิทธิแก่บริษัทในดำเนินการตามที่กฎหมาย FATCA ได้กำหนด

แบบฟอร์มฉบับนี้ทำขึ้น ณ หมู่บ้าน/อาคารชุด ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... เมื่อวันที่ .....

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ ..... ลงชื่อ .....
(.....) (.....) (.....)
ผู้รับประโยชน์ พยาน พยาน

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล ที่ทำการรักษา ..... เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลายเซ็นผู้ให้การยินยอม (ผู้รับประโยชน์) ลงชื่อ ..... วันที่ .....

(.....)

ใบรับรองแพทย์ผู้รักษา
สำหรับสินไหมมรณกรรม

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เสียชีวิต..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่.....อาชีพ.....
ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา..... ชื่อแพทย์ที่รักษา.....
เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย H.N. .....เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วยใน A.N. .....
ผู้ถึงแก่กรรมมีส่วนสูงวัดได้.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ตำหนิหรือแผลเป็น.....

2. ผู้ถึงแก่กรรมเข้ารับการรักษาสำหรับการป่วยครั้งนี้วันที่.....
จากคำบอกกล่าวของผู้ถึงแก่กรรม หรือญาติของผู้ถึงแก่กรรม ผู้ถึงแก่กรรมมีอาการของโรค หรืออาการผิดปกติต่างๆ อย่างไรบ้าง
.....
อาการของโรค หรืออาการผิดปกตินั้น เป็นมานานเท่าใด (โปรดระบุ เดือน ปี ที่มีอาการผิดปกติ).....
.....

3. วัน เดือน ปี ที่ถึงแก่กรรม..... เวลา..... สถานที่.....
สาเหตุที่ถึงแก่กรรม.....

4. ท่านรู้จักผู้ถึงแก่กรรมมานานเท่าใด.....ในทัศนะของท่าน ผู้ถึงแก่กรรมเจ็บป่วยมานานเท่าใด.....
ผู้ถึงแก่กรรมมีโรคประจำตัวอื่นๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ถึงแก่กรรมและญาติของผู้ถึงแก่กรรม
☐ มี ☐ ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุว่ามีโรคอะไรบ้าง เป็นมานานเท่าใด.....

5. สาเหตุที่ถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการทำอัตวิบาตกรรมหรือไม่ ☐ใช่ ☐ ไม่ใช่
ผู้ถึงแก่กรรมเคยมีประวัติดื่มสุรา หรือใช้ยาเสพติดหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
สุรา หรือยาเสพติดเป็นสาเหตุทำให้ผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิตหรือไม่ ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น
ถ้าเป็น โปรดระบุชนิดของยา หรือปริมาณแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบ.....
มีสาเหตุโดยตรง หรือโดยอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิต หรือเนื่องจากอุปนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย
.....

6. มีการตรวจ หรือชันสูตรศพตามวิธีทางการแพทย์หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
ถ้ามี กรุณาแจ้งผลการชันสูตรด้วย.....

7. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ถึงแก่กรรมเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลแห่งนี้หรือที่อื่นมาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่
☐ เคย ☐ ไม่เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อนายแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรค หรืออาการที่รักษา

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรับรองแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... วันที่.....
( )
คุณวุฒิของแพทย์ผู้รักษา.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา.....
ที่ตั้ง.....โทรศัพท์.....
(ประทับตราสถานพยาบาล)

บมจ . อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

Allianz AYUDHYA

รายงานการตรวจสอบมรณกรรมผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย

โดย ผู้บริหารตัวแทน-ตัวแทน

ชื่อผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์ลขที่.....

จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ผู้เสียชีวิต ☐ ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ย ชื่อ.....

1. รายละเอียดมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย

ก. ท่านเคยรู้จักผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยมาก่อนหรือไม่.....รู้จักมานาน.....ปี.....เดือน

ข. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยมีอาชีพ.....การศึกษา.....

ค. ชื่อ ภริยา/สามี.....มีบุตร….....คน ชื่อ 1).....

2).....3).....4).....

ง. ภริยาหรือสามีของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ☐ ยังมีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....เมื่อ.....

จ. ฐานะผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย.....มีทรัพย์สินคือ 1)..... 2).....

3)..... 4).....5).....

2. รายละเอียดการมรณกรรม

ก. วันที่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยถึงแก่กรรม..... .....เวลา.....น.

ข. สาเหตุที่ถึงแก่มรณกรรม.....

ค. ลักษณะการมรณกรรม (เจ็บป่วย-อุบัติเหตุ-ถูกฆาตกรรม-ฆ่าตัวตาย).....

ง. สถานที่ถึงแก่มรณกรรม.....

จ. ท่านได้รับการแจ้งการมรณกรรมเมื่อ.....

ฉ. ผู้แจ้งการมรณกรรมให้ท่านทราบชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต.....

3. รายละเอียดการรักษา

ก. แพทย์ผู้ทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

ที่อยู่โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

ข. รักษานานเท่าใด.....ก่อนที่จะมีการรักษาครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่.....

ถ้าเคย รักษา ณ โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

ด้วยโรค.....ตั้งแต่วันที่.....บัตรคนไข้เลขที่.....

4. การชันสูตรศพ

ก. ท่านได้เห็นศพผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยหรือไม่.....รูปลักษณะเป็นอย่างไร.....

ข. มีการชันสูตรศพหรือไม่.....ที่ใด.....

ค. ผู้ทำการชันสูตรศพ 1.....2.....3.....

ง. ผลการชันสูตรเป็นอย่างไร.....

จ. มีการบรรจุ/เผา/ฝังศพ ณ.....เมื่อวันที่.....

5. ความเห็นเพิ่มเติม

ก. สาเหตุและประวัติการรักษา เป็นที่พอใจของท่านหรือไม่.....

ข. ท่านคิดว่าบริษัทฯ จะต้องทำการตรวจสอบการเสียชีวิตเพิ่มเติมหรือไม่.....

ค. มีข้อแนะนำอย่างไร ที่จะให้บริษัทฯ ตรวจสอบการเสียชีวิตเพิ่มเติมอีก.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงานการตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

บันทึกเพิ่มเติม

ลงชื่อ……..……..…….. ผู้บันทึก
( )

วันที่บันทึก ……