

ใบนำส่งการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม/ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย/  
โรคร้ายแรง/การสูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ



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

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

รายละเอียดการเรียกร้อง

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

กรุณาจัดส่งเอกสารทุกฉบับและจัดเรียงเอกสารตามลำดับหัวข้อ (ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน  เฉพาะรายการที่จัดส่งมา)

1. การเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมสำหรับผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เสียชีวิตทุกกรณีต้องส่งเอกสารตามข้อ 1-9 ให้ครบถ้วน

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม (กรุณาลงนามในส่วนผู้รับประโยชน์ และท่อนท้ายในส่วนใบมอบฉันทะให้ครบถ้วน )
- 2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาสำหรับสินไหมมรดกกรรม
- 3. รายงานการสอบสวนมรดกกรรมของผู้เอาประกันภัยโดยผู้บริหารตัวแทน - 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 กรุณาระบุสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)
- 14. คำร้องขอเปลี่ยนแปลงผู้ปกครอง (กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต)
- 15. อื่นๆ (ถ้ามี) .....

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

2. กรณีเรียกร้องชดเชยเงินเบี้ยประกันภัย (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 ซึ่งแสดงผลการวินิจฉัยโรคโดยละเอียด
- 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. รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การสูญเสียของผู้เอาประกันภัย
- 5. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด
- 6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ

เฉพาะพนักงานสาขา : (กรณีเอกสารไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน กรุณาส่งคืนให้แก่ใจใหม่)

บริษัทฯ ได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุนามแล้ว ปรากฏว่า

- ครบถ้วน
- ไม่ครบ ขาดเอกสารดังต่อไปนี้.....

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

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนทุพพลภาพ  
Claimant's Statement



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?

ฅ. 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

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

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

ใบแสดงความเห็นของแพทย์  
Attending Physician's Statement



กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อและนามสกุลผู้ประกันภัย อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.  
Insured's Name Age Year Height 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 Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, etc.

3. การวินิจฉัย

Diagnosis

4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

Any Complication

5. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ จนถึง ที่

Treatment render by you since

Until

At

ชนิดของการรักษา

Character of treatment

6. การตรวจร่างกาย Physical Examination

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

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : \_\_\_\_\_ ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_  
Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 : \_\_\_\_\_ คุณวุฒิ \_\_\_\_\_ ภูมิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา \_\_\_\_\_  
Thailand's Medical Registration No. Qualification Specialty

ชื่อของสถานพยาบาล \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ วันที่ตรวจ \_\_\_\_\_  
Name of Hospital Telephone No. Date of Examination