

ใบนำส่งเรียกร้องสินไหมมรดกกรม/ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย/ทุพพลภาพ



ชื่อผู้นำส่ง : วันที่นำส่ง :

ชื่อตัวแทนผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า : รหัส : โทรศัพท์ :
 หน่วย/เขต/ภาค/ธนาคาร : สาขา : โทรสาร :

รายละเอียดการเรียกร้อง

กรมธรรม์เลขที่ : ชื่อผู้เอาประกันภัย :

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย :

กรุณาจัดส่งเอกสารทุกฉบับและจัดเรียงเอกสารตามลำดับหัวข้อ (ขีดเครื่องหมาย, / ลงใน เฉพาะรายการที่จัดส่งมา)

กรณีสินไหมมรดกกรม

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรดกกรม

- | | |
|---|---|
| <p>1. กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม (กรุณาลงนามในส่วนผู้รับประโยชน์ และท่อนท้ายในส่วนใบมอบฉันทะให้ครบถ้วน)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาสำหรับสินไหมมรดกกรม</p> <p><input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบมรณบัตร (รับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ตาย (รับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตายที่จำหน่าย"ตาย" (รับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน (รับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน (รับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> 8. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ (กรณีสูญหาย ใช้ใบแจ้งความเอกสารสูญหาย)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. รูปถ่ายปัจจุบันของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน กรณีที่รับเงินสินไหมเกินกว่าท่านละ 100,000 บาทถ้วนขึ้นไป เพื่อยืนยันบุคคลตามประกาศ สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน ในกรณีที่ไม่มีตัวแทนบริการ หรือ การซื้อประกันผ่านช่องทางโทรศัพท์</p> <p><input type="checkbox"/> 10. สำเนาทะเบียนบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน เพื่อโอนเงินมูลค่าหน่วยลงทุน เฉพาะกรมธรรม์แบบ ยูนิคลิงค์</p> | <p>กรณีอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือมีผลทางคดี</p> <p>ใช้เอกสารตามข้อ 1-11 เพิ่มเติม</p> <p><input type="checkbox"/> 11. สำเนานับถือประจำวัน วันที่เกิดเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ข้อไป และ ข้อกลับ)</p> <p><input type="checkbox"/> 12. สำเนาใบชันสูตรพลิกศพที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ด้านหน้า และ ด้านหลัง)</p> <p><u>กรณีมีการผ่าพิสูจน์ศพ</u></p> <p><input type="checkbox"/> 13. รายงานการตรวจศพ รับรองโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือแพทย์ผู้ผ่าศพ</p> <p><u>กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์</u></p> <p><input type="checkbox"/> 14. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่มีบิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)</p> <p><input type="checkbox"/> 15. คำร้องขอเปลี่ยนแปลงผู้ปกครอง (กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต)</p> |
|---|---|

หมายเหตุ: - กรณีอายุกรมธรรม์ไม่ถึง 2 ปี นับจากวันทำสัญญา และวันต่ออายุฯ ให้จัดส่งแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม (ตามข้อ 1) เพิ่มเติมอีก 1 ฉบับ
 - กรณีผู้รับผลประโยชน์ มีสัญชาติอเมริกัน และมีเอกสารการเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้แนบเอกสาร W-9
 - กรณีผู้รับประโยชน์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ปัจจุบันไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว ให้แนบเอกสาร W-8 BEN

กรณีเรียกร้องชดเชยวันเบี้ยประกันภัย (WP/PB) เนื่องจาก ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยทุพพลภาพ

เอกสารประกอบการเรียกร้องกรณีชดเชยวันเบี้ยประกันภัย (WP/PB) เนื่องจาก ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยทุพพลภาพ

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนทุพพลภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ใบแสดงความเห็นแพทย์ (ด้านหลังแบบฟอร์มทุพพลภาพ)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ฟิล์มเอ็กซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)</p> | <p><input type="checkbox"/> 4. รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การทุพพลภาพของผู้เอาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 5. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด</p> <p><input type="checkbox"/> 6. กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ (กรณีสูญหาย ใช้ใบแจ้งความเอกสารสูญหาย)</p> |
|---|--|

เฉพาะพนักงานสาขา : (กรณีเอกสารไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน กรุณาส่งคืนให้แก่สาขาใหม่)

บริษัทฯ ได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุนมาแล้ว ปรากฏว่า

- ครบถ้วน ไม่ครบ ขาดเอกสารดังต่อไปนี้.....

ลงชื่อผู้ตรวจเอกสาร : วันที่ :

บมจ.อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมของผู้เอาประกันภัย / 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 อีเมลของผู้เสียชีวิต 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 กรณีมีบัตรประจำตัวผู้มั่งคั่งที่อยู่ถาวรอย่างถูกต้อง

ตามกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา (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

มาตรากรรมหรือฆ่าตัวตาย โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด

ความเจ็บป่วย ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ได้บอกกล่าวถึงอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อ

อาการที่สังเกตเห็น

ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อ

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				

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว 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 สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

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 ตาหนีหรือแผลเป็น.....

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 โปรดระบุว่าโรคอะไรบ้าง เป็นมานานเท่าใด.....

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

6. มีการตรวจ หรือชันสูตรศพตามวิธีการแพทย์หรือไม่ 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)