

ถ้อยแถลงของผู้ถือกรมธรรม์

1. ชื่อผู้เสียชีวิต _____
วันที่เสียชีวิต _____ สาเหตุการเสียชีวิต _____
2. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____ เลขที่กรมธรรม์ _____
3. วันที่เข้าทำงาน / วันเริ่มเข้าศึกษา _____ วันที่การประกันมีผลบังคับ _____
จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
4. ตำแหน่งหน้าที่ / ระดับชั้น _____ เงินเดือน _____ บาท(ในกรณีนักเรียน นิสิต นักศึกษา ไม่ต้องระบุ)
5. วันสุดท้ายของการทำงาน / การเรียน _____ สาเหตุที่หยุดงาน / หยุดเรียน _____
6. วันสุดท้ายของการประกันสิ้นสุดลง _____ สาเหตุ _____
7. ตามบันทึกนี้ผู้เสียชีวิต เป็นผู้สิทธิในการเอาประกันชีวิตกลุ่มได้หรือไม่ () ได้ () ไม่ได้
- วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลายเซ็นผู้ถือกรมธรรม์
(ประทับตรา)

ถ้อยแถลงของผู้รับสินไหม / ผู้รับประโยชน์

1. ชื่อผู้เสียชีวิต _____
หมู่บ้าน/อาคารชุด _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล / แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ โทรศัพท์ _____
2. วันที่เสียชีวิต _____ สาเหตุการเสียชีวิต _____
สถานที่เสียชีวิต _____
3. ชื่อผู้ยื่นคำร้องขอรับเงิน (ภาษาไทย) _____ (ภาษาอังกฤษ) _____
สัญชาติ _____ กรณีที่ถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ _____ วัน/เดือน/ปี เกิด _____
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

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกกรณฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ นอกจากนี้ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีสัญชาติอเมริกันหรือมีสถานที่ติดต่อหรือถิ่นที่อยู่หรือที่ทำงานหรือสถานประกอบการในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือมีรายได้ที่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา หรือตกอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขที่ต้องเสียภาษีตามกฎหมายสหรัฐอเมริกาหรือ Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้เปิดเผย 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

ข้าพเจ้าตกลงมอบเงินให้แก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลายเซ็นผู้ให้การยินยอม (ผู้รับประโยชน์) _____ วันที่ _____
(_____)

ใบนำส่ง
การเรียกร้องสินไหมมรดกกรมประกันกลุ่ม



เอกสารที่ต้องนำส่งในทุกกรณี	นำส่ง	ขาด/ไม่ได้ส่ง
1. สำเนาโฉนดที่ดิน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย (ประเภทตรา "ตาย") รับรองสำเนาโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สำเนาบัตรบันทึกเวลา หรือสมุดลงเวลาทำงานของพนักงาน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (ต้นฉบับ) กรณีเป็นพนักงานบริษัท หรือ กรณีเสียชีวิตเป็นนักเรียน ต้องส่งหนังสือรับรองการเป็นนักเรียนจากทางโรงเรียน และต้องมีการประทับตรา ของโรงเรียนมาด้วยทุกครั้ง (ต้นฉบับ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. แบบคำร้องขอรับสินไหมทดแทน กรุณากรอกรายละเอียดและลงนามโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์พร้อมประทับตรา และลงนามโดยผู้รับสินไหมหรือผู้รับประโยชน์ พร้อมให้ผู้ให้การยินยอม / ผู้รับประโยชน์ลงนามใน ใบมอบฉันทะ (ส่วนท้ายของแบบคำร้อง) ให้ครบถ้วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (ด้านหลังของแบบคำร้องขอรับสินไหมทดแทน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. หนังสือรับรองการเอาประกันภัยกลุ่ม หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. รูปถ่ายปัจจุบันของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน กรณีที่รับเงินสินไหมเกินกว่าท่านละ 100,000 บาทถ้วนขึ้นไป เพื่อยืนยันบุคคล ตามประกาศสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เอกสารที่ต้องนำส่งกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	นำส่ง	ขาด/ไม่ได้ส่ง
12. สำเนาบันทึกประจำวัน รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. สำเนาการชันสูตรพลิกศพ รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือรายงานการตรวจศพ กรณีมีการส่งศพให้สถาบันนิติเวชตรวจศพ รับรองสำเนาถูกต้อง โดยพนักงานเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. กรณีเข้ารับการรักษาใน รพ. ก่อนผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ต้องให้แพทย์ที่ทำการรักษากรอกรายละเอียดในใบรับรอง โดยแพทย์ผู้ตรวจลงนามพร้อมประทับตราของสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หมายเหตุ		
<p>กรณีผู้รับประโยชน์ มีสัญชาติอเมริกัน และมีเอกสารการเสียภาษีในประเทศอเมริกา ให้แนบเอกสาร W-9</p> <p>กรณีผู้รับประโยชน์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศอเมริกา เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศอเมริกา แต่ปัจจุบันไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศอเมริกาแล้ว- ให้แนบเอกสาร W-8 BEN</p>		
<p>ผู้นำส่ง (โทรศัพท์ : โทรสาร)</p> <p>วันที่ส่ง วันที่รับ</p>		
<p>บริษัทฯ ได้รับเอกสารข้างต้นที่ท่านจัดส่งมา เพื่อเรียกร้องสินไหมมรดกกรมแล้ว กรณีเอกสารที่จัดส่งยังไม่ครบตามรายละเอียดข้างต้น กรุณา เร่งจัดส่งเพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา</p> <p>นอกจากนี้ บริษัทฯ ใ้ขอให้ท่านส่งเอกสารเพิ่มเติม เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาดังนี้</p> <p>1. 2.</p> <p>3. 4.</p> <p>ลงชื่อ วันที่</p>		