

ใบนำส่ง
การเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมประกันกลุ่ม



เอกสารที่ต้องนำส่งในทุกกรณี	นำส่ง	ขาด/ไม่ได้ส่ง
1. สำเนาโฉนดที่ดิน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย (ประทับตรา "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 กรณีผู้เสียชีวิตเป็นนักเรียน 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"/>

เอกสารที่ต้องนำส่งกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	นำส่ง	ขาด/ไม่ได้ส่ง
11. สำเนาบันทึกระงับประจำวัน รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. สำเนาการชันสูตรพลิกศพ รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือรายงานการตรวจศพ กรณีมีการส่งศพให้สถาบันนิติเวชตรวจศพ รับรองสำเนาถูกต้อง โดยพนักงานเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. กรณีการรักษาใน รพ. ก่อนผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ต้องให้แพทย์ที่ทำการรักษากรอกรายละเอียดในใบรับรอง โดยแพทย์ผู้ตรวจลงนามพร้อมประทับตราของสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ

กรณีผู้รับประโยชน์ มีสัญชาติอเมริกัน และมีเอกสารการเสียภาษีในประเทศอเมริกา ให้แนบเอกสาร W-9
กรณีผู้รับประโยชน์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศอเมริกา เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศอเมริกา แต่ปัจจุบันไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประเทศอเมริกาแล้ว
ให้แนบเอกสาร W-8 BEN

ผู้นำส่ง (โทรศัพท์: โทรสาร)
วันที่ส่ง วันที่รับ

บริษัทฯ ได้รับเอกสารข้างต้นที่ท่านจัดส่งมา เพื่อเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมแล้ว กรณีเอกสารที่จัดส่งยังไม่ครบตามรายละเอียดข้างต้น กรุณา
เร่งจัดส่งเพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา
นอกจากนี้ บริษัทฯ ใ้ขอให้ท่านส่งเอกสารเพิ่มเติม เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาดังนี้

1. 2.
3. 4.
ลงชื่อ วันที่

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 เป็นผู้มีสิทธิในการเอาประกันชีวิตกลุ่มได้หรือไม่ () 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

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

ลายเซ็นผู้ให้การยินยอม (ผู้รับประโยชน์) _____ 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 ต่าหนหรือแผลเป็น

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. สาเหตุที่ถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการทำอุบัติเหตุกรรมหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 ผู้ถึงแก่กรรมเคยมีประวัติดื่มสุรา หรือใช้ยาเสพติดหรือไม่ มี ไม่มี
 สุรา หรือยาเสพติดเป็นสาเหตุทำให้ผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิตหรือไม่ เป็น ไม่เป็น
 ถ้าเป็น โปรดระบุชนิดของยา หรือปริมาณแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบ.....
 มีสาเหตุโดยตรง หรือ โดยอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิต 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)