

## ใบนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมสำหรับผู้อุปการะกันภัยหรือผู้ชำระเบี้ย

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน ..... รหัสตัวแทน ..... โทรศัพท์ .....

ชื่อหน่วย ..... สาขา ..... โทรสาร .....

กรมธรรม์เลขที่ ..... ชื่อผู้อุปการะกันภัย .....

ชื่อผู้ชำระเบี้ย .....

### เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทฯ ขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็ว กรุณากรอกเอกสารแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และกาเครื่องหมาย  ลงใน  เฉพาะรายการที่จัดส่งมา

### กรณีการเสียชีวิตธรรมดา (การเจ็บป่วย)

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม
- 2. ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา
- 3. ใบมรณบัตรต้นฉบับ และฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 4. บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต ต้นฉบับและฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 5. ทะเบียนบ้านต้นฉบับของผู้เสียชีวิต ที่ระบุจำหน่าย "ตาย" และฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 6. บัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน ต้นฉบับและฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 7. ทะเบียนบ้านต้นฉบับของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน และฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 8. แบบฟอร์มการรับรองสถานะ: คำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย **Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)** ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน
- 9. กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุแบบฟิเอ พร้อมบัตรเคร์การ์ด
- 10. เอกสารแสดงยอดหนี้สินค้างชำระของผู้อุปการะกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (**กรณีผู้รับประโยชน์เป็นเจ้าหนี้ในนามธนาคารหรือสถาบันการเงิน**)
- 11. อื่นๆ โปรดระบุ (หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส ฯลฯ) .....

### กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือสาเหตุอื่น เอกสารตั้งแต่ข้อที่ 1-10 ดังกล่าวข้างต้นและให้จัดส่งเพิ่มเติมเอกสารต่อไปนี้

- 12. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ
- 13. สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ / รายงานข่าวการเสียชีวิตจากหนังสือพิมพ์
- 14. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ ลงลายมือชื่อโดยผู้รับประโยชน์
  - จำนวน 5 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ภายใน 6 เดือน
  - จำนวน 3 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 2 ปี

### กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

- 15. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (**กรณีไม่มี บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง**)

### การจัดส่งเอกสาร

ท่านสามารถจัดส่งเอกสารดังกล่าวผ่านสาขาของบริษัทฯ ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ หรือส่งโดยตรงมายัง บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 ฝ่ายสินไหม ชั้น 14 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 เลขที่ 130 - 132 ถนนวิทญู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ผู้นำส่ง ..... ผู้รับเอกสาร .....

วันที่นำส่งเอกสาร ..... วันที่รับเอกสาร .....

## แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมของผู้อุปการะ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย



### 1. ข้อมูลผู้อุปการะ

ชื่อผู้เสียชีวิต .....  
 อายุ ..... ปี  เป็นผู้อุปการะ  เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
 กรมธรรม์เลขที่ ..... ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่ .....  
 หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 อาชีพครั้งสุดท้าย ..... ตำแหน่ง .....

ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

ใช้สิทธิ์ในฐานะ: .....



### 3. รายละเอียดการมรดกกรรม

ผู้อุปการะ / ผู้ชำระเบี้ย: เสียชีวิตวันที่ .....  
 เวลา ..... สถานที่ .....  
 สาเหตุการเสียชีวิต .....



### 4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรดกกรรม

ผู้อุปการะได้พูดถึงอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วย  
 ให้เห็นครั้งแรก เมื่อวันที่ .....  
 อาการที่สังเกตเห็น .....  
 ผู้อุปการะไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย  
 เมื่อวันที่ .....  
 ชื่อแพทย์ .....  
 สถานพยาบาลที่ไปพบ .....



### 2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

ชื่อ - สกุล ..... วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี  
 สถานที่เกิด ..... สัญชาติ ..... อาชีพ .....  
 ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสาร เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 ความสัมพันธ์กับผู้อุปการะ .....



### 5. ชื่อแพทย์และที่อยู่ หรือสถานพยาบาลที่ผู้อุปการะเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับวันเริ่มสัญญาหรือก่อนหน้านั้น

ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา



### 6. ผู้อุปการะมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	หมายเลขกรมธรรม์	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจ  
 ข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

แบบฟอร์มฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ต. ..... อ. .... นน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... เมื่อวันที่ .....  
 ลงชื่อ ..... ผู้รับประโยชน์ ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้อุปการะที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์กรหรือนุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ  
 เปิดพยานรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัทเอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายได้  
 หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม วันที่ .....

## ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา

ชื่อของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม ..... อายุ ..... ปี อาชีพ .....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา ..... ชื่อแพทย์ที่รักษา .....

หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป H.N. .... เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) .....

- ก. วันเดือนปี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ วันที่ .....  
 ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่าง ๆ อย่างไรบ้าง .....
- ก. ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ ..... เวลา ..... น.  
 ข. สถานที่ที่ถึงแก่กรรม .....  
 ค. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม .....  
 ง. สาเหตุนำคือ ..... สาเหตุแทรกซ้อนคือ .....
- ก. ท่านรู้จักกับผู้ป่วยมานานเท่าใด .....  
 ข. ในทัศนะของท่าน ผู้ป่วยเจ็บป่วยมานานเท่าใด .....  
 ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย) ถ้ามี โรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด .....
- ก. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่ .....  
 ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่ .....  
 ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่ .....  
 ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ) .....  
 จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ) .....  
 ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ อาชีพ หรือที่พักอาศัย .....
- มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจด้วย .....
- ท่านทราบ หรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และ/หรือที่แห่งนี้อีกก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบ กรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วันที่	ชื่อแพทย์ / ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

- ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้ ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก. ดำหนิหรือแผลเป็น .....
- ความเห็นอื่นๆ .....

ข้าพเจ้า นว. / พญ. .... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ ..... คุณวุฒิ .....

ประจำโรงพยาบาล / สถานพยาบาล ..... ที่อยู่ .....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... แพทย์

( ..... )

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)