

ใบนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทนสำหรับอุบัติเหตุหรือผู้ชားเบีย

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน รหัสตัวแทน โทรศัพท์

ชื่อหน่วย สาขา โทรสาร

กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้ชားเบีย

เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทฯ ขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็ว กรุณากรอกเอกสารแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และภาคีเครื่องหมาย ลงใน เฉพาะรายการที่จัดส่งมา

กรณีการเสียชีวิตธรรมดา (การเจ็บป่วย)

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน
- 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. เอกสารแสดงยอดหนี้สินค้างชำระของผู้เอาประกันภัย 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

กรณีผู้ชားเบียเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

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

การจัดส่งเอกสาร

ท่านสามารถจัดส่งเอกสารดังกล่าวผ่านสาขาของบริษัทฯ ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ หรือส่งโดยตรงมายัง บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 ฝ่ายสินไหม ชั้น 14 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 เลขที่ 130 - 132 ถนนวิภาวดี แขวงจตุรัส 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)

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

วันที่	ชื่อแพทย์ / ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

7. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้ ซม. น้ำหนัก กก. ดำหนิหรือแผลเป็น
8. ความเห็นอื่นๆ

ข้าพเจ้า นว. / พญ. ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ คุณวุฒิ

ประจำโรงพยาบาล / สถานพยาบาล ที่อยู่

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ แพทย์

(.....)

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)