

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

เอกสารหมายเลข 1

(Claimant's Statement)

ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต..... เพศ..... อายุ..... ปี

หมายเลขอุปกรณ์ประกันภัย (โปรดระบุทุกกรณี)

1) หมายเลขอุปกรณ์.....	จำนวนเงินเอาประกันภัย.....	บาท
2) หมายเลขอุปกรณ์.....	จำนวนเงินเอาประกันภัย.....	บาท

1. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 2. อาชีพและสถานะ.....
 3. วัน/เดือน/ปีที่เสียชีวิต.....
 สถานที่เสียชีวิต.....
 สาเหตุที่เสียชีวิต.....

4. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ทุกคนที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และระหว่าง 3 ปีก่อนนั้น

ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้รักษา	โรงพยาบาล/คลินิก	วันที่รักษา	โรคหรืออาการเจ็บป่วย
.....
.....
.....

5. ผู้เสียชีวิตมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทใด (โปรดระบุรายละเอียด)

คุ้มครอง	หมายเลขอุปกรณ์	วันที่ทำสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....
.....
.....

ผู้ลงนามข้างต้นได้อ่านและทำความเข้าใจในแบบฟอร์มนี้ ขอเรียกร้องต่อ บริษัท โตเกียวمارินประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และยอมรับว่าบันทึกถ้อยคำ และหลักฐานประกอบของแพทย์ทุกท่านที่ให้การรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตรวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบใบเรียกร้องนี้ทั้งหมด ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการเรียกร้องสินไหมมรณกรรมรายนี้ ทั้งยอมรับอีกด้วยว่าการที่บริษัทฯ ได้จัดแบบฟอร์มนี้ให้ไว้แบบพิมพ์อ่อนได้ไม่ถือว่าเป็นคำบ่งบอกของบริษัทฯ ว่า กรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้นยังมีผลบังคับอยู่ ทั้งไม่ถือว่าเป็นการஸละสิทธิ์ข้อต่อสู้ใดๆ ของบริษัทฯ ด้วย

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง..... (ผู้รับประชุมตามกรมธรรม์)

ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่..... วัน/เดือน/ปี.....

เพื่อป้องกันการล่าช้า โปรดลงนามบนหนังสือให้ความยินยอมท้ายรายการนี้

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นได้ซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบ ประวัติสุขภาพข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อบริษัท โตเกียวمارินประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลให้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม.....

(.....)

ความเกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต.....

โทรศัพท์.....

แบบฟอร์มรายงานแพทย์ (Physician's Statement)

เอกสารหมายเลข 2

1.	ชื่อผู้เสียชีวิต (Deceased's Name in full).....			เพศ (Sex).....	อายุ (Age).....
	น้ำหนัก (Weight).....	กิโลกรัม (Kilograms)	ส่วนสูง (Height).....	เซนติเมตร (Centimeters)	H.N.....
	ที่อยู่ (Address).....			อาชีพ (Occupation).....	
2.	ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด / How long had you known the deceased?.....				
3.	ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด / When had you been the medical attendant or adviser of deceased? And from what disease?.....				
ก.	การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอีก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Did the deceased receive any treatment before death? If yes, please specify the doctor's name.				
4.	ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ / Did you attend deceased during his last illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
ก.	ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร / If so, for what disease?				
ค.	วันแรกที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your first visit?				
ค.	วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your last visit?				
5.	สถานที่ที่เสียชีวิต / Place of Death				
ก.	วันที่เสียชีวิต / Date of Death			ค. เวลาที่เสียชีวิต / Time of Death	
6.	สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ / What was the immediate cause of death?				
ก.	โรค / อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็น漫านาท่าได / How long did deceased suffer from this disease?				
ค.	ตามความเห็นของท่านโรค/ อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็น漫านาท่าได / In your opinion, how long did the deceased suffer from this disease?				
7.	ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด / From what other important disease, if any, did the deceased suffer?				
8.	ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่/ถ้ามี วัตถุนั้นเป็นยาเสพติดที่ได้เสียชีวิตหรือไม่ / Did deceased use alcohol or narcotics? If so, did they contribute to the fatal disease?				
9.	ผู้เสียชีวิตได้รับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ / Test for Alcohol level? If yes, what is the result? <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Done: Result.....				
10.	ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหาเอ็อดโกรเดส์หรือไม่ / Test for HIV? If yes, what is the result? <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Done: Result.....				
11.	การเสียชีวิตครั้งนี้มีการผ่าพิสูจน์ศพ /ชันสูตรพลิกศพหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Is there the autopsy? If yes, please state <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes.....				
เขียนที่: Sign at.....			วันที่: Date.....		
อำเภอ: District.....			จังหวัด: Country of		
ลงชื่อ: Signature.....			คุณวุฒิ: Qualification		
ชื่อและที่อยู่ (โปรดเขียนตัวบรรจง) : Name address (Please print).....					

แบบฟอร์มรายงานประกอบ การเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

เอกสารหมายเลข 3

ชื่อผู้เสียชีวิต (ผู้เอาประกันภัย) เพศ อายุ ปี
ที่อยู่

กรมธรรม์เลขที่ 1. 2. 3.

1. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยเป็นการส่วนตัวหรือไม่ หรือรู้จักในฐานะใด	1.
2. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยนานนานเท่าไร	2.
3. ท่านได้รับการการแจ้งเสียชีวิตเมื่อใด	3.
4. วันที่เสียชีวิต	4.
5. สถานที่เสียชีวิต	5.
6. สาเหตุที่เสียชีวิต	6.
7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย / บาดเจ็บครั้งสุดท้าย	7.
8. ท่านได้สอบถามเพื่อนบ้านคนใดบ้าง ในเรื่องเกี่ยวกับการเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย (กรุณาระบุชื่อ-ที่อยู่)	8.
9. จากการสอบถามได้รายละเอียดเป็นประการใด	9.
10. ผู้เอาประกันภัยมีอาชีพอะไร ขณะเสียชีวิต ^{โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ และสถานที่ทำงาน}	10.
11. ผู้เอาประกันภัยเคยไปรับการรักษาที่ สถานพยาบาล หรือแพทย์ ท่านใดก่อนและในขณะเสียชีวิต	11.
12. ท่านพบศพภายหลังการเสียชีวิตหรือไม่ (กรุณาระบุวันที่ หากพบศพ)	12.
13. ท่านได้อยู่ร่วมในพิธีพจน์ของผู้เอาประกันภัยหรือไม่	13.
14. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิต / ประกันภัย ไว้กับบริษัทใดอีก จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งสิ้น	14.
15. รายละเอียดอื่นๆ	15.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลความตั้งใจล่าม้ำทางด้านดูดหักดิ้งและเป็นจริงทุกประการ

รายงานโดย

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....

แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสิ่งแวดล้อม

ชื่อผู้เสียชีวิต..... กรรมธรรม์ประจำกันกับเลขที่

กรรมธรรม์ของบุตรที่มีสัญญาพิมพ์เติม PB (ถ้ามี).....

กรรมธรรมน์ประกันภัยอื่นๆ เช่น PA (ถ้ามี).....

ชื่อผู้นำส่ง..... โทรศัพท์..... วันที่.....

ทำเครื่องหมาย ✓ ใน □ เนื่องจากภาระการที่ได้ส่งมา

เอกสารที่ต้องส่งทุกราย

- 1. สำเนาระบบบัตร พร้อมต้นฉบับ
 - 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อาประกันภัยที่มีการจำหน่าย “ตาย” พร้อมต้นฉบับ
 - 3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโภชทุกคน พร้อมต้นฉบับ
 - 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้อาประกันภัย พร้อมต้นฉบับ
 - 5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโภชทุกคน พร้อมต้นฉบับ
 - 6. กรมธรรม์ประกันชีวิต (กรณีสูญหายให้ใช้ใบแจ้งความ)
 - 7. แบบฟอร์มเรียกร้องเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (เอกสารหมายเลข1)
 - 8. แบบฟอร์มรายงานแพทย์ (เอกสารหมายเลข2)

๙. แบบพิมพ์รายชื่อผู้ขอรับการสนับสนุนเพื่อประกอบกิจกรรมทางการเมือง (ใบอนุญาตเลขที่ ๕)

Unit 1

- 10. สำเนาบันทึกประจำวัน รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ
 - 11. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ
 - 12. สำเนารายงานการผ่าพิสูจน์ศพ รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ / แพทย์ผู้ชันสูตร
 - 13. สำเนาหนังสือรับรองการตาย รับรองสำเนาถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
 - 14. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล พร้อมต้นฉบับ
 - 15. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้อาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับผลประโยชน์ พร้อมต้นฉบับ
 - เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี).....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯเท่านั้น

บริษัทฯ ได้ตรวจสอบเอกสารที่นำส่งข้างต้นแล้ว แต่ยังมีเอกสารที่บริษัทฯ ยังไม่ได้รับ/ที่บริษัทฯ ต้องการเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1.....

2.....

3.....

4.....

လုပ်ချိန်များအတွက် လုပ်ချိန်များအတွက်

วันที่.....

แบบฟอร์มคำແറลงຂອງຜູ້ເຮັດກັບຄວາມສຳເນົາ

1.ชื่อ-นามสกุลของผู้เรียกว่าอง (ผู้รับประโภชน์)..... อายุปี
สถานที่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าประกันภัย (ผู้เสียชีวิต) อายุ ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
วันที่เสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต สาเหตุการเสียชีวิต เจ็บป่วย อุบัติเหตุ
ระบุโรค / รายละเอียดอุบัติเหตุ

กรมธรรม์เลขที่	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สัดส่วนสิทธิการรับประยุณ์	จำนวนเงินที่เรียกว้าง
2.1.....	บาท	ร้อยละ.....
2.2.....	บาท	ร้อยละ.....
2.3 รวมจำนวนเงินที่เรียกว้างสิทธิตามผลประโยชน์เงินช่วยเหลือค่าปัลงศพเบื้องต้น		

(ทั้งนี้หากจำนวนเงินที่เรียกวังสูกเงินกว่าสิบทิมตามที่ระบุไว้ในบันทึกหลักหลังการจ่ายเงินช่วงเหลือค่าปัลงศพเบื้องต้น บริษัทสงวนสิทธิ์จ่ายผลประโยชน์ตามสิทธิ์ท่านนั้น)

3. วิธีการรับผลประโยชน์เงินช่วยเหลือค่าปัลงศพเบื้องต้น (กรณามาเลือกเพียง 1 วิธีเท่านั้น)

- 3.1 ให้บริษัทโอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี (ผู้รับผลประโยชน์).....
 บancaร..... สาขาว..... บัญชีเลขที่.....
(เพื่อความดีเจนและถูกต้องตามแบบสำเนาสมุดคู่ฝากเงินหน้าแรก ที่ระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่บัญชี)

3.2 รับเป็นเงินสดด้วยตนเองที่สำนักงานใหญ่บริษัทโดยไม่ได้รับการรับรองจากบัญชี (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ที่อยู่ติดกันหัวเอกสาร

3.3 รับเป็นเงินสดโดยมอบให้

ตัวแทนเป็นผู้รับเพื่อนำส่งให้ข้าพเจ้า

3.4 รับเป็นเช็คหรือค่าวรุ่งเพื่อเข้าบัญชีชื่อข้าพเจ้า โดยมอบให้.....
 ตัวแทนเป็นผู้รับเพื่อนำส่งให้ข้าพเจ้า

4. เอกสารที่ต้องนำส่งร่วมกับเอกสารฉบับนี้เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมติการจ่ายเงินช่วยเหลือค่าปัลส์เบื้องต้น นำส่ง ไม่นำส่ง

4.1 สำเนาใบมรณบัตร หรือ สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพกรณีเสียชีวิต

ผิดธรรมชาติโดยรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ

4.2 สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประทาน พิจารณาอนุมัติท้อง

4.3 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) ของทั้งผู้เข้าประกันภัย ผู้รับประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ : กรณีที่เอกสารตาม 4.1 ไม่มีเลขที่บัตรประชาชนของผู้ເຂົາປະກັນກັຍ ກຽມນາແນບສໍາເນາບັດປະກັນ ສໍາເນາທະເປີຍນ້ຳນັ້ນຂອງ
ຜູ້ເສີ່ງຊື່ວິທພໍຮ້ອມຮັບຮອງສໍາເນາຖຸກທີ່ໂດຍຜູ້ຮັບປະໂຍ່ຍົນ

เอกสารสามารถส่งผ่านโทรสาร (Fax) โดยนำส่งเอกสารต้นฉบับตามมาภายใต้ใน 7 วันทำการ

ข้าพเจ้าตกลงตามเงื่อนไขข้างต้นทุกประการและยึดมั่น ปันบันดาลเงิน ใบปรับเงิน เช็ค เงินหลักฐานแสดงการรับเงิน พร้อมทั้งรับทราบและตกลงว่าที่ปรับเงินมุ่งแต่เงินช่วยเหลือค่าปลงคงเบื้องต้นในส่วนนี้เป็นการพิจารณาโดยอาศัยความเชื่อใน (สำเนา)เอกสารและข้อมูลหรือข้อเท็จจริงเบื้องต้นที่ข้าพเจ้านำส่งให้กับบริษัทฯถูกต้องและเป็นจริงตามกฎหมายทุกประการและบริษัทฯได้พิจารณาตามเงื่อนไขการจ่ายสินใหม่ทดแทนการมรณกรรมในเบื้องต้นเท่านั้นและยังไม่ถึงเป็นที่สุดแต่อย่างใด หากต่อมาเป็นที่รับทราบได้จากสารและข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้นำส่งเป็นทั้ง หรือ ในที่สุดแล้วการเสียชีวิตของผู้เอาประกันไม่เป็นไปตามเงื่อนไขตามกรมธรรม์อันมีผลให้บริษัทฯไม่อนุญาติการจ่ายค่าสินใหม่ หรือสัญญาประกันภัยเป็นโมฆะอันมีผลให้บริษัทต้องคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัยให้กับผู้เอาประกันภัย ข้าพเจ้าตกลงที่จะนำคืนเงินที่บริษัทฯจ่ายให้กับข้าพเจ้าตามที่ระบุข้างต้นทั้งหมดและยืนยันว่าได้รับการบอกกล่าวจากบริษัทฯ นั่น หากบริษัทพิจารณาเป็นที่สุดแล้วในการจ่ายค่าสินใหม่ทดแทนตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้บริษัทหักเงินช่วยเหลือค่าปลงคงเบื้องต้นดังกล่าวออกจากจำนวนหรืออัตราส่วนที่ข้าพเจ้าพึงได้ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ทั้งนี้โดยไม่จำต้องได้รับความยินยอมใดๆจากข้าพเจ้าอีกเป็นที่ตกลงและยินยอมว่า การจ่ายสินใหม่ทดแทนที่ถูกต้องตามกรมธรรม์เป็นการปลดปล่อยความรับผิดชอบใดๆของบริษัทฯในอนาคต (หากมี) ทุกประการ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ดังกล่าว

ลงชื่อ..... ผู้เรียกว่องศิทธิ

(.....) วันที่