



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิต 2002  
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828  
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

## ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมมรณกรรมของลูกจ้างผู้เอาประกันภัย

วันที่ (Date) : ...../...../.....  
ทำที่.....

กรุณารอกคำร้องเพื่อขอรับผลประโยชน์สินไหมมรณกรรมให้ครบถ้วน และแจ้งการเสียชีวิตมายังบริษัทฯ ภายใน 14 วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้เอาประกันเสียชีวิต

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| (ส่วนที่ 1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |
| กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ .....                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ชื่อนายจ้าง ..... |
| ใบรับรองเลขที่.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ชื่อลูกจ้าง ..... |
| (ส่วนที่ 2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |
| <b>รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เสียชีวิต</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |
| 1. ชื่อและชื่อสกุลของผู้เสียชีวิต .....อายุขณะเสียชีวิต .....ปี                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
| 2. วันที่เสียชีวิต .....เวลา .....                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| สถานที่เสียชีวิต .....สาเหตุการเสียชีวิต .....                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |
| 3. ผู้เสียชีวิตเริ่มมีอาการหรือเริ่มเจ็บป่วยมาตั้งแต่เมื่อใด ..... ผู้เสียชีวิตเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์เมื่อ.....                                                                                                                                                                                                  |                   |
| ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ทำการรักษาจนถึงแก่กรรม .....                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 4. ได้จัดการศพอย่างไร ..... วันที่และสถานที่ฝัง เภา หรือปลงศพ .....                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 5. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ตายในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งระยะเวลาที่ทำการรักษาและโรคที่ทำการรักษา .....                                                                                                                                                                                                |                   |
| (ส่วนที่ 3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |
| <b>รายละเอียดผู้เรียกร้องสินไหม</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| *ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี <input type="checkbox"/> เป็นผู้รับผลประโยชน์ <input type="checkbox"/> เป็นผู้เอาประกันภัย                                                                                                                                                                              |                   |
| *ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต .....*เบอร์โทร.....*อีเมล.....                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |
| *ที่อยู่ปัจจุบันและสามารถติดต่อได้ .....รหัสไปรษณีย์.....                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |
| *อาชีพ.....สถานที่ทำงาน .....รหัสไปรษณีย์.....                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |
| *กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง .....* ความสัมพันธ์.....                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| จำพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชี <b>ประเภทออมทรัพย์</b> ของธนาคาร.....เลขที่ .....                                                                                                                                                                                                              |                   |
| พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารดังกล่าว พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องเพื่อประกอบการพิจารณา                                                                                                                                                                                                                                     |                   |
| 1.ท่าน <b>เป็น</b> หรือ <b>เคยเป็น</b> บุคคลที่มีสถานภาพทางการเมือง หรือไม่?<br><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากตอบ [ใช่] กรุณาระบุ ตำแหน่งทางการเมือง: .....                                                                                                                         |                   |
| 2.ท่านเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือ เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคคลที่มีสถานภาพทางการเมือง หรือไม่?<br><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากตอบ [ใช่] กรุณาระบุลักษณะความสัมพันธ์: .....                                                                                             |                   |
| บุคคลที่มีสถานภาพทางการเมือง หมายถึง ผู้บุคคลที่ดำรงตำแหน่งระดับสูง และมีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมและบริหารในราชการส่วนกลาง ส่วนราชการ ระดับกระทรวง ทบวง กรม หรือมีบทบาทสำคัญในพรรคการเมือง รวมถึงบุคคลที่มีอำนาจสำคัญในการควบคุมและบริหารในราชการส่วนท้องถิ่น เช่น นายก อบจ. นายก อบต. นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล เป็นต้น |                   |
| จำพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่กล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| ลงชื่อ .....<br>(.....)<br>ผู้รับผลประโยชน์<br>วันที่ .....                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |
| จำพเจ้าขอรับรองว่าลูกจ้างชื่อ .....ตำแหน่งงาน.....                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| วันที่เริ่มจ้างงาน .....ในตอนที่เสียชีวิตยังคงเป็นลูกจ้างประจำของนายจ้างที่กล่าวข้างต้นจริง                                                                                                                                                                                                                           |                   |
| ลงชื่อ .....<br>(.....)<br>นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ<br>ตำแหน่ง .....<br>วันที่ .....                                                                                                                                                                                                                                    |                   |

## การเตรียมเอกสารสำหรับยื่นประกอบการพิจารณาผลประโยชน์สินไหมมรณกรรม ประกอบด้วย

1. คำร้องขอรับประโยชน์สินไหมมรณกรรม (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
2. ใบรายงานแพทย์มรณกรรม (สามารถใช้ใบรับรองแพทย์ที่โรงพยาบาลออกให้แทนได้)
3. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
4. สำเนาใบมรณบัตร
5. สำเนาหนังสือรับรองการตาย
6. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของของผู้อุปการะ
7. สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการประกาศรายนามว่า “ตาย” ของผู้อุปการะ
8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
9. ภาพถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์
10. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)
11. หนังสือรับรองการเป็นพนักงานของบริษัทฯ
12. หนังสือรับรองเงินเดือนของบริษัทฯ หรือ สำเนาสลิปเงินเดือน เดือนสุดท้าย
13. สัญญาการว่าจ้างทำงานในบริษัทฯ
14. รายงานเวลา เข้า-ออก การทำงาน
15. ใบสมัครพนักงาน (Employee Enrollment Form) ที่ระบุชื่อผู้รับประโยชน์ที่จะทำประกัน

### \*กรณีมรณกรรมด้วยสาเหตุอุบัติเหตุ เอกสารที่ต้องใช้มีรายละเอียดดังนี้

1. ใช้เอกสารตามข้อ 1-14 (ข้างต้น)
2. ใบรายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี จากเจ้าหน้าที่ตำรวจ
3. ใบรายงานผลการชันสูตรพลิกศพ (ด้านหน้า และด้านหลังของใบรายงานฯ) ,ใบรายงานการผ่าชันสูตรศพและพิสูจน์ศพ
4. และเอกสารอื่นๆ ประกอบ (ถ้ามี)

### กรุณารอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ พร้อมแบบเอกสารที่ระบุไว้ ส่งกลับมายังบริษัทฯ ผ่านช่องทางไปรษณีย์ ดังนี้

แผนกสินไหมทดแทน ประกันชีวิตกลุ่ม

บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 ยูนิท 2002 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์-วันเสาร์ 08.30-20.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

LINE: @GeneraliBuddy หรือ Email: info@general.co.th