

ใบคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมมรณกรรม (รายบุคคล)

วันที่ (Date) :/...../.....

กรุณารอกคำร้องเพื่อขอรับผลประโยชน์สินไหมมรณกรรมให้ครบถ้วน และแจ้งการเสียชีวิตมายังบริษัทฯ ภายใน 14 วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้เอาประกันเสียชีวิต

(ส่วนที่ 1)

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เสียชีวิต

ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี ☐ เป็นผู้เอาประกันภัย ☐ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
อาชีพ..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน กรมธรรม์เลขที่
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
สถานที่ทำงาน.....
ชื่อสามี/ภรรยา อายุ.....ปี ปัจจุบันอยู่ร่วมกันหรือไม่ ☐ อยู่ร่วมกัน ☐ ไม่ได้อยู่ร่วมกัน
มีการจดทะเบียนสมรสหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี หากมีจดทะเบียนเมื่อ และมีบุตรจำนวน.....คน
ดังนี้
1) อายุ.....ปี 3) อายุ.....ปี
2) อายุ.....ปี 4) อายุ.....ปี

(ส่วนที่ 2)

รายละเอียดการเสียชีวิต

เสียชีวิตวัน/เดือน/ปี..... เวลา..... น. สถานที่เสียชีวิต จังหวัด
สาเหตุการเสียชีวิต จัดการศพโดย.....
มีการแจ้งความหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี หากมีแจ้งเมื่อวัน/เดือน/ปี..... สถานีตำรวจ.....
.....
กรุณาระบุโรงพยาบาลประกันสังคม/สิทธิบัตรทอง/สิทธิ 30 บาทข้าราชการ
.....
ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันมีอาการ
รักษาครั้งแรกวัน/เดือน/ปี..... สถานพยาบาล/โรงพยาบาล
รักษาครั้งสุดท้ายวัน/เดือน/ปี..... สถานพยาบาล/โรงพยาบาล

(*) จำเป็นต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
(ส่วนที่ 3)

รายละเอียดผู้เรียกร้องสินไหม

1.*ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี ☐ เป็นผู้รับผลประโยชน์ ☐ เป็นผู้เอาประกันภัย
*ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต*เบอร์โทร.....*อีเมล.....
*ที่อยู่ปัจจุบันและสามารถติดต่อได้ รหัสไปรษณีย์.....
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง
ความสัมพันธ์.....
ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ ของธนาคาร.....เลขที่.....
พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารดังกล่าว พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องเพื่อประกอบการพิจารณา
2.*ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี ☐ เป็นผู้รับผลประโยชน์ ☐ เป็นผู้เอาประกันภัย
*ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต*เบอร์โทร.....*อีเมล.....
*ที่อยู่ปัจจุบันและสามารถติดต่อได้ รหัสไปรษณีย์.....
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง
ความสัมพันธ์.....
ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ ของธนาคาร.....เลขที่.....
พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารดังกล่าว พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องเพื่อประกอบการพิจารณา

3 ท่านเป็น หรือเคยเป็นบุคคลที่มีสถานภาพทางการเมือง หรือไม่?

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากตอบ [ใช่] กรุณาระบุ ตำแหน่งทางการเมือง:

4.ท่านเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือ เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคคลที่มีสถานภาพทางการเมือง หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากตอบ [ใช่] กรุณาระบุ ลักษณะความสัมพันธ์:

บุคคลที่มีสถานภาพทางการเมือง หมายถึง ผู้บุคคลที่ดำรงตำแหน่งระดับสูง และมีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมและบริหารในราชการส่วนกลาง ส่วนราชการ ระดับกระทรวง ทบวง กรม หรือมีบทบาทสำคัญในพรรคการเมือง รวมถึงบุคคลที่มีอำนาจสำคัญในการควบคุมและบริหารในราชการส่วนท้องถิ่น เช่น นายก อบจ. นายก อบต. นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล เป็นต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด ต่อบริษัท หรือผู้ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่งสำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ
(.....)
ผู้เรียกร้อง/ผู้ให้ความยินยอม
วันที่:.....

ลงชื่อ
(.....)
ผู้เรียกร้อง/ผู้ให้ความยินยอม
วันที่:.....

การเตรียมเอกสารสำหรับยื่นประกอบการพิจารณาผลประโยชน์สินไหมทดแทนกรรม ประกอบด้วย

1. คำร้องขอรับประโยชน์สินไหมทดแทนกรรม (ตามแบบฟอร์มของบริษัท)
2. ใบรายงานแพทย์มรณกรรม (สามารถใช้ใบรับรองแพทย์ที่โรงพยาบาลออกให้แทนได้)
3. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัท)
4. สำเนาใบมรณบัตร
5. สำเนาหนังสือรับรองการตาย
6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
7. สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการประทับตราจำหน่ายชื่อว่า “ตาย” ของผู้เสียชีวิต
8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
9. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีประสงค์รับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชี)
10. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)
11. ใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันชีวิต

กรุณารอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ พร้อมแนบเอกสารที่ระบุไว้ ส่งกลับมายังบริษัท ผ่านช่องทางไปรษณีย์ ดังนี้
แผนกสินไหมทดแทนประกันชีวิต
บริษัท เจนเนอรัล ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 ยูนิต 2002 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์-วันเสาร์ 08.30-20.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์
LINE: @GeneraliThailand หรือ Email: info@generali.co.th