



คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมทดแทน

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

กรุณาระบุรายละเอียดกรณีผู้เสียชีวิตมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นๆ

ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. รายละเอียดการเสียชีวิต

เสียชีวิตวัน/เดือน/ปี..... เวลา..... น. สถานที่เสียชีวิต..... จังหวัด.....
เสียชีวิตจากสาเหตุ..... จัดการศพโดย.....
มีการแจ้งความหรือไม่ มี ไม่มี หากมีแจ้งเมื่อวัน/เดือน/ปี..... สถานีตำรวจ.....
กรุณาระบุโรงพยาบาลประกันสังคม/สิทธิ์บัตรทอง/สิทธิ์ 30 บาท/ข้าราชการ.....
ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันมีอาการ.....
รักษาครั้งแรกวัน/เดือน/ปี..... สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....
รักษาครั้งสุดท้ายวัน/เดือน/ปี..... สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....

3. รายละเอียดผู้เรียกร้องสินไหม

1.*ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เป็นผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้เอาประกันภัย
*ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต.....*เบอร์โทร.....*อีเมลติดต่อ.....
*ที่อยู่ปัจจุบันและสามารถติดต่อได้.....รหัสไปรษณีย์.....
*กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง.....*ความสัมพันธ์.....
ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการ โอนเงินเข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ ของธนาคาร.....เลขที่.....
พร้อมได้แนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารดังกล่าวเข้ามาเพิ่มเติม และรับรองสำเนาถูกต้องเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2.*ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เป็นผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้เอาประกันภัย
*ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต.....*เบอร์โทร.....*อีเมลติดต่อ.....
*ที่อยู่ปัจจุบันและสามารถติดต่อได้.....รหัสไปรษณีย์.....
*กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง.....*ความสัมพันธ์.....
ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการ โอนเงินเข้าบัญชี ประเภทออมทรัพย์ ของธนาคาร.....เลขที่.....
พร้อมได้แนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารดังกล่าวเข้ามาเพิ่มเติม และรับรองสำเนาถูกต้องเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(*) จำเป็นต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้ามีอำนาจ
แจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด ต่อบริษัทฯ หรือผู้ได้รับ
มอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ..... (ผู้เรียกร้อง/ผู้ให้ความยินยอม)

ลงชื่อ..... (ผู้เรียกร้อง/ผู้ให้ความยินยอม)

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....