

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (DEATH CLAIM FORM)

ชื่อ สกุลของผู้เอาประกันภัย			หมายเลขบัตรประชาชน		
Insured Name in full			ID. Number		
วัน เดือน ปี เกิด	อายุ	เพศ	กรมธรรม์เลขที่	ทุนประกันภัย	
Date of birth	Age	Gender	Policy Number	Sum Insured	
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่	ถนน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
Current Address	No.	Street	Sub-District	District	Province
วันที่เกิดเหตุ	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ		อาชีพขณะเสียชีวิต	
Date of incident	Time	Place of incident		Occupation at time of death	
รายละเอียดการเกิดเหตุ					
Details of incident					
ชื่อพยานที่เห็นเหตุการณ์		ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน		หมายเลขโทรศัพท์	อีเมล
Name of witness		Relationship to insured		Tel.	Email
วันที่เสียชีวิต	เวลา	สถานที่เสียชีวิต		เหตุที่เสียชีวิต	
Date of Death	Time	Place of Death		Cause of Death	
อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล		ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา		ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา	
Injured organs and nature of wounds		Hospital / clinic name		Name of Physician	
ผู้เอาประกันภัยมีประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่		มี	ไม่มี	ถ้ามี กรุณาระบุ ชื่อบริษัทประกัน	
Any policy with other company		Yes	No	If yes, please give name of company	
จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม					
Amount of sum insured					
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ					
I confirmed the above statement is true & correct.					
ลงชื่อ	ผู้เรียกร้อง (ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์)			หมายเลขโทรศัพท์	Email
Signature	Claimant (Beneficiary in the policy)			Tel.	Email
ใบมอบฉันทะ ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาผู้ตาย มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือ ผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจ เกี่ยวกับการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือการแพทย์ของผู้ตายได้ อนึ่งสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ <u>Letter of Authorization</u> I hereby authorize the hospitals, doctors, or others involved with the medical treatment to report related injuries, history of medical treatment, medicines prescribed, and provide copies of hospital medical records to the insurance company, or a representative of the insurance company. This authorization letter can be treated as an original document.					
ลงนาม	ผู้เรียกร้อง (ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์)			หมายเลขโทรศัพท์	Email
Signature	Claimant (Beneficiary in the policy)			Tel.	Email