คำแนะนำการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

ในการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม ให้ผู้รับประโยชน์จัดเตรียมเอกสารยื่นต่อบริษัทโดยครบถ้วนถูกต้อง ดังนี้

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมรณกรรม	ประเภทการเสียชีวิต		
	กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ (เจ็บป่วย, ชราภาพ)	**กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ (อุบัติเหตุ, ฆ่าตัวตาย, ถูกฆาตกรรม, การตายโดยยังไม่ปรากฏเหตุ)**	**กรณีเสียชีวิตด้วยผลของกฎหมาย (บุคคลสาบสูญ)**
1.เอกสารเพื่อแสดงการเสียชีวิตและการมีประกันกับบริษัท *ให้ผู้รับประโยชน์ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ*	▪ สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย ▪ สัญญาประกันภัย หรือหนังสือรับรองการประกันภัย **ฉบับจริง** (ในกรณีที่สัญญาประกันภัยสูญหาย ให้ยื่นหลักฐานรายงานประจำวันรับแจ้งเอกสารหายมาประกอบการพิจารณาด้วย)		
	▪ สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือใบรับแจ้งการตาย(ถ่ายสำเนาทั้งด้านหน้า-หลัง)		
		▪ สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ	
		▪ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (ถ่ายสำเนาทั้งด้านหน้า-หลัง) ▪ สำเนารายงานการตรวจศพ (กรณีผ่าศพพิสูจน์) ▪ อื่นๆ เช่นข่าวจากหนังสือพิมพ์	▪ สำเนาคำสั่งศาลให้เป็นบุคคลสาบสูญ
2.แบบฟอร์มของบริษัท *โปรดระบุข้อมูลลงในแบบฟอร์มของบริษัทให้ครบถ้วนถูกต้องทุกข้อ*	▪ถ้อยคำผู้รับประโยชน์ เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (2-02-05-0122)		
	▪ถ้อยคำแพทย์ผู้ทำการรักษา (2-02-05-0078) ▪หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา (2-02-05-0034/ กรณี 2 ภาษา 2-02-05-0460) ลงนามโดยทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร (ที่บรรลุนิติภาวะแล้ว) ท่านใดท่านหนึ่ง และแนบหลักฐานสำเนาบัตรประชาชน. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ		

3.เอกสารของผู้เอาประกันภัย

3.1 กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลสัญชาติไทย

- สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับโดยผู้รับประโยชน์

3.2 กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยให้ใช้เอกสาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับโดยผู้รับประโยชน์ ดังต่อไปนี้ คือ

- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport)
- สำเนาบัตรประจำตัวที่รัฐเจ้าของสัญชาติออกให้ ซึ่งต้องแสดงข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษหรือมีคำแปลเป็นภาษาอังกฤษ
- สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
- สำเนาเอกสารสำคัญประจำตัวอื่นๆ ที่รัฐบาลไทยออกให้ เช่น สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน

4.เอกสารการแสดงตนของผู้รับประโยชน์

4.1 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นบุคคล

4.1.1 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลสัญชาติไทย

- สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคนซึ่งต้องไม่ต้องขาดอายุ ณ วันที่มีการยื่นเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ
- หากผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ที่อายุไม่ถึง 15 ปีบริบูรณ์ อนุโลมให้ใช้สำเนาสูติบัตรเป็นเอกสารการแสดงตนแทนสำเนาบัตรประชาชนได้ และให้ยื่นเอกสารเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้ คือ เอกสารการแสดงตนของบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมทั้งระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และระบุที่อยู่ปัจจุบันของบุคคลดังกล่าว พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

4.1.2 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยให้ใช้เอกสารซึ่งต้องไม่ขาดอายุ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ณ วันที่มีการยื่นเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ ดังต่อไปนี้ คือ

- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport)
- สำเนาบัตรประจำตัวที่รัฐเจ้าของสัญชาติออกให้ ซึ่งต้องแสดงข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษหรือมีคำแปลเป็นภาษาอังกฤษ
- สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
- สำเนาเอกสารสำคัญประจำตัวอื่นๆ ที่รัฐบาลไทยออกให้ เช่น สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน

หมายเหตุ

- กรณีชื่อและ/หรือนามสกุลของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในสัญญาประกันภัย ให้ยื่นหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อและ/หรือนามสกุล หรือยื่นใบรับรองที่ออกโดยหน่วยงานราชการซึ่งแสดงว่าเป็นบุคคลเดียวกัน ต่อบริษัทด้วย
- กรณีผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนผู้เอาประกันภัย และใบคำขอเอาประกันภัยไม่ได้ระบุสัดส่วนการแบ่งสินไหมไว้ บริษัทจะจ่ายเงินให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่คนละเท่าๆ กัน โดยขอให้แนบสำเนาหลักฐานใบมรณบัตรของผู้รับประโยชน์ที่เสียชีวิตด้วย
- กรณีผู้รับประโยชน์มีเพียงคนเดียวและได้เสียชีวิตก่อนผู้เอาประกันภัย หรือพร้อมกับผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินให้แก่กองมรดกของผู้เอาประกันภัยโดยขอให้แนบหลักฐานสำเนาใบมรณบัตรของผู้รับประโยชน์ที่เสียชีวิตด้วย

4.2 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล

(1) หลักฐานของนิติบุคคล	(2) หลักฐานของผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล
ขึ้นอยู่กับประเภทของนิติบุคคล ดังต่อไปนี้ นิติบุคคลทั่วไป ให้ยื่นเอกสารดังนี้ ▪ หนังสือรับรองบริษัท ที่นายทะเบียนออกให้ไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันที่มีการยื่นเอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม ▪ เอกสารมอบอำนาจให้ทำธุรกรรม (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ) ส่วนราชการ องค์กรของรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ให้ยื่นเอกสารดังนี้ ▪ หนังสือแสดงความจำนงในการสร้างความสัมพันธ์และทำธุรกรรม และ ▪ หนังสือแต่งตั้งหรือมอบอำนาจให้ทำธุรกรรม(ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ) สหกรณ์ มูลนิธิ สมาคม สโมสร วัด มัสยิด ศาลเจ้าและนิติบุคคลอื่นที่คล้ายคลึงกัน ให้ยื่นเอกสารดังนี้ ▪ เอกสารแสดงการจดทะเบียน หรือเอกสารใบอนุญาตประกอบกิจการ หรือเอกสารแสดงการจัดตั้งจากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ▪ เอกสารมอบอำนาจให้ทำธุรกรรม (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ)	**เฉพาะผู้ที่มาทำธุรกรรมกับบริษัท ในนามของนิติบุคคล และผู้มอบ/รับมอบอำนาจ (ถ้ามี)** ▪ คนไทย ให้ใช้สำเนาบัตรประชาชน ▪ บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ให้ใช้สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) 1.สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง ต้องไม่ขาดอายุ ณ วันที่มีการยื่นเอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม 2.ให้ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ ให้ทำธุรกรรมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

คำแนะนำในการระบุข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประโยชน์ที่เป็นนิติบุคคล ลงในแบบฟอร์มถ้อยคำผู้รับประโยชน์ เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (2-02-05-0122)

ให้ผู้รับประโยชน์ที่เป็นนิติบุคคล ระบุข้อมูลของนิติบุคคลฯ และผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลฯ (เฉพาะผู้ที่มาทำธุรกรรมกับบริษัทในนามของนิติบุคคลฯ) ลงในข้อ 9. ของแบบฟอร์ม ตามวิธีการดังต่อไปนี้

ข้อมูลผู้รับประโยชน์ (Beneficiary's Information)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Name-Surname	ที่อยู่ปัจจุบัน Present Address	ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย) Residential address in the country of nationality (in case of non-Thai nationality)	อาชีพ Occupation	หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล Phone Number/E-mail Address
1. ระบุชื่อของนิติบุคคลฯ	ระบุสถานที่ตั้งสำนักงานใหญ่ (กรณีเป็นคนละที่กับที่ตั้งตามที่จดทะเบียน)ลงในช่อง "อื่นๆ โปรดดระบุ.." หากเป็นที่เดียวกันให้ระบุว่า "ตามที่จดทะเบียน" ลงในช่อง	ไม่ต้องระบุข้อมูล	ระบุประเภทกิจการของนิติบุคคล	ระบุหมายเลขโทรศัพท์/อีเมลที่สามารถติดต่อได้ของนิติบุคคลฯ
2. ระบุชื่อผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลฯ ที่มาทำธุรกรรมกับบริษัท	ระบุที่อยู่ปัจจุบันของผู้มีอำนาจลงนามแทนฯ	ระบุเพิ่มเติม กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย	ไม่ต้องระบุข้อมูล	ระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และ/หรืออีเมลของผู้มีอำนาจลงนามแทนฯ
3. ระบุชื่อผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลฯ ที่มาทำธุรกรรมกับบริษัท	ระบุที่อยู่ปัจจุบันของผู้มีอำนาจลงนามแทนฯ	ระบุเพิ่มเติม กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย	ไม่ต้องระบุข้อมูล	ระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และ/หรืออีเมลของผู้มีอำนาจลงนามแทนฯ

หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อศูนย์บริการลูกค้าทางโทรศัพท์ โทร. 1766 เมืองไทย Smile

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

ถ้อยคำผู้รับประโยชน์
Beneficiary Declaration
เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม
Death Claim Request Form

วันที่ (Date).....

ตามสัญญาประกันภัย เลขที่.....
According to the Insurance Contract No.

1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....ชื่อ-สกุลเดิม.....
   Name-Surname of the Insured — Former Name-Surname
2. วัน, เดือน, ปีเกิดผู้เอาประกันภัย.....สถานที่เกิด.....
   Date of Birth of the Insured — Birth Place
3. วันที่เสียชีวิต.....สถานที่เสียชีวิต.....
   Date of Death — Place of Death
4. อาชีพก่อนเสียชีวิต.....สถานที่ทำงาน.....
   Occupation Before Death — Workplace
5. สาเหตุของการเสียชีวิต.....
   Cause of Death
6. ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาลแห่งนี้หรืออื่นๆ ดังนี้
   Before death, the insured used to receive medical treatment from this medical center or others as detailed below.

โรค หรือ อาการเจ็บป่วย Disease or Condition	วันที่รับการรักษา Date of Treatment	ชื่อแพทย์ Name of Physician	สถานพยาบาล Name of Medical Center

7. การย้ายถิ่นที่อยู่หรือสถานที่ทำงานก่อนการเสียชีวิต ☐ ไม่มี (No) ☐ มี โปรดระบุ (Yes, please specify).....
   Has the insured ever moved to other resident location or workplace before death?
8. การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกันภัย ☐ ไม่มี (No) ☐ มี โปรดระบุ (Yes, please specify).....
   Has the insured held other policies with other companies?

บริษัท Company	เลขที่สัญญาประกันภัย Insurance Contract No.	วันที่เริ่มสัญญา/มีผลบังคับ Contract Formation/Effective Date	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured

9. ข้อมูลผู้รับประโยชน์ (Beneficiary's Information)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Name-Surname	ที่อยู่ปัจจุบัน Present Address	ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย) Residential address in the country of nationality (in case of non-Thai nationality)	อาชีพ Occupation	หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล Phone Number/E-mail Address
1.	○ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address ○ อื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify.....			
2.	○ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address ○ อื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify.....			
3.	○ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address ○ อื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify.....			

10. ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์ (Mailing address).....

.....แฟกซ์ (Fax).....

หากต้องการรับแจ้งข้อมูลการพิจารณาสินไหมมรณกรรมจากทางบริษัทเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ โปรดระบุหมายเลขโทรศัพท์
If you would like the Company to inform the death claim result through SMS on mobile phone, please specify the mobile phone.

.....(บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการแจ้งข้อมูลเพียง 1 หมายเลขโทรศัพท์เท่านั้น)
(The Company reserves the right to send information to only one mobile phone no.)

11. วิธีการรับสินไหมมรณกรรม (Death Claim Collection)

☐ รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited

☐ รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....
Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch

☐ ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name).....สังกัด (Team/Department).....

☐ ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ระบุในข้อ 10
Direct mail to the address specified Item 10

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
Declaration and Authorized of Medical History Disclosure

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เสียชีวิต เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษา และผลการตรวจสุขภาพให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เสียชีวิต เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้

With this letter, I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided the deceased with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to Muang Thai Life Assurance Public Company Limited, and I authorized Muang Thai Life Assurance Public Company Limited or a representative of the Company to act as a legal representative to proceed and contact to receive the afore-mentioned medical history from the attending physician(s) hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided the deceased with medical treatment as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this authorization is regarded as equally effective and complete as the original.

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
Sign Beneficiary/Legal heir/Legel representative
( )

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
Sign Beneficiary/Legal heir/Legel representative
( )

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
Sign Beneficiary/Legal heir/Legel representative
( )

ลงชื่อ (Sign).....พยาน (Witness)
( )

ลงชื่อ (Sign).....พยาน (Witness)
( )

หมายเหตุ กรณีลงนามโดยใช้พิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
Remark In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

ถ้อยคำแพทย์
Declaration of Physician
เอกสารเรียกร้องกรณีผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เสียชีวิต
Claim Form in Case an Insured Person/Premium Payer Is Deceased

ตามสัญญาประกันภัย เลขที่.....

According to the Insurance Contract No.

ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต..... วันที่เสียชีวิต.....

Name-Surname of the Deceased Date of Death

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง..... เลขที่ H.N. .....เลขที่ A.N .....

ID Card/Passport No

ก. ข้อมูลการเสียชีวิต (Information of Death)

1. การเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเกิดขึ้นจากสาเหตุใด (What is the cause of the insured/premium payer's death?)

☐ ฆ่าตัวตาย (Suicide) ☐ ถูกฆาตกรรม (Being Murdered) ☐ อุบัติเหตุ (Accident) ☐ เจ็บป่วย (Illness) ☐ ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown case)

2. สาเหตุการเสียชีวิต (Cause of Desth)

สาเหตุ Cause	โรค/อาการ Disease/Symptoms	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรค/เริ่มรักษาจนกระทั่งเสียชีวิต Date of Onset/Treatment until Death
2.1 เหตุเสียชีวิตโดยตรง (Direct cause)		
2.2 เหตุนำแทรก (Precipitated cause)		
2.3 เหตุนำเดิม (Underlying cause)		
2.4 โรค/ภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน (Other diseases/conditions contributing to death)		

3. การเสียชีวิต มีการชันสูตรพลิกศพหรือไม่ (Was an autopsy performed?) ☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes)

- สรุปผลการชันสูตรพลิกศพปรากฏว่า (Autopsy result revealed).....
- ปริมาณแอลกอฮอล์ในโลหิตที่พบ (Amount of alcohol found in blood).....
- ชนิดสารเสพติด/อื่นๆที่พบ (Other addictive substances found).....

ข. ข้อมูลประวัติสุขภาพ (Medical History)

ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยรับการรักษาจากสถานพยาบาลแห่งนี้หรืออื่นๆ ดังนี้

Before death, the insured / premium payer used to receive medical treatment from this medical center or others as detailed below.

วันที่รักษา Date of Treatment	โรค หรือ อาการเจ็บป่วย Disease or Symptoms	ชื่อแพทย์ Name of Physician	ชื่อสถานพยาบาล Name of Medical Center

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I hereby certify that the above aratement is truthful in all aspects.

ลงชื่อ (Sign).....

( )

แพทย์ผู้ทำการรักษา (Attending Physician)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ (Medical License No.).....

สถานพยาบาล (Medical center).....

วันที่ให้ข้อมูล (Date of Information Submission).....

(ประทับตราสถานพยาบาล) Affiix with medical cenkter's seal

หมายเหตุ : หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

Remark : If you require more information, please contact (Mr./Mrs./Miss)

ทีม/ฝ่าย..... โทร ..... แฟกซ์.....

Team/Department Tel. Fax No.

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เลขที่พิจารณา/สัญญาประกันภัย.....

ชื่อ - สกุลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย.....

เขียนที่.....

.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ในฐานะ

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือ ผู้ปกครองโดยชอบตามกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกัยภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

☐ ทายาทตามกฎหมาย / ผู้พิทักษ์ / ผู้อนุบาลของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือ เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า หรือของ .....เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสภานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม	ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
( )	( )
ลงชื่อ.....พยาน	ลงชื่อ.....พยาน
( )	( )

คำแนะนำการกรอกเอกสาร

ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ต้องกรอกรายละเอียดของตนเองพร้อมลงนามในเอกสารให้ครบถ้วน ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ประกอบด้วย

- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย
  - กรณีผู้เอาประกันภัยที่บรรลุนิติภาวะแล้ว : มอบอำนาจและยินยอมฯ ด้วยตนเอง
  - กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ : ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย เช่น บิดา, มารดา หรือผู้ที่รับอุปการะผู้เอาประกันภัยตามกฎหมายเป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมฯ แทน
- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ในฐานะทายาทของผู้เอาประกันภัย
  - กรณีที่สัญญาประกันภัยไม่ระบุผู้รับประโยชน์ ให้ทายาทของผู้เอาประกันภัย เป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมฯ แทน