

คำร้องเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

เขียนที่.....
 วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ - นามสกุล (ผู้ยื่นคำร้องฯ) ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ.....
 เกี่ยวข้องกับผู้เอาประกันชีวิตในฐานะ ☐ คู่สมรส ☐ บุตร/ธิดา ☐ พี่/น้อง ☐ บิดา/มารดา ☐ อื่นๆ (ระบุ)
 ในฐานะผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของ ชื่อ-นามสกุล (ของผู้เสียชีวิต)
 กรมธรรม์เลขที่ขอเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิต
 ฉบับดังกล่าว พร้อมทั้งขอแจ้งรายละเอียดต่างๆ ให้บริษัทฯ ทราบดังต่อไปนี้

ข้อมูลผู้เสียชีวิต (ผู้เอาประกันฯ / ผู้ชำระเบี้ย)	
ชื่อ- นามสกุล (ผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ย).....	อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน (ก่อนเสียชีวิต).....	
ที่อยู่เดิม.....	
อาชีพปัจจุบันก่อนเสียชีวิต.....	
สถานที่ทำงานสุดท้าย (ก่อนเสียชีวิต).....	
วันที่เสียชีวิต.....	สถานที่เสียชีวิต.....
เหตุที่เสียชีวิต	

สถานพยาบาลที่รักษาผู้เอาประกันฯ ก่อนการเสียชีวิต/ในขณะที่เสียชีวิต	
สถานพยาบาลที่รักษาผู้เสียชีวิตในระหว่างการป่วยครั้งสุดท้าย และในระหว่างสามปี (3 ปี) ก่อนนั้นด้วย (โปรดระบุ)	
(1).....	เมื่อวันที่.....
(2).....	เมื่อวันที่.....
(3).....	เมื่อวันที่.....

ได้ประกันชีวิตหรืออุบัติเหตุไว้กับบริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นดังนี้ :-

บริษัท	เลขที่กรมธรรม์	จำนวนทุนประกัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
.....			
.....			

เอกสารหลักฐานแนบ ☐ สำเนาบัตรประชาชน /สูติบัตร/บัตรอื่นๆ ☐ สำเนามรณบัตร ☐ สำเนาทะเบียนบ้านจำหน่ายตาย ☐ เล่มกรมธรรม์ฉบับจริง (กรณีเล่มกรมธรรม์สูญหาย) โปรดแนบ ☐ สำเนาหนังสือแจ้งความเอกสารหายจากทางสถานีตำรวจ

เอกสารหลักฐานแนบ เพิ่มเติม กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ

☐ บันทึกลับประจำวันข้อไป / ข้อกลับ ☐ สำเนาชันสูตรพลิกศพ ☐ ประวัติการรักษา (ระบุโรงพยาบาล).....

**** ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้น พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่มอบให้บริษัทฯ เป็นความจริงทุกประการ ****

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ผู้รับรองข้อมูลผู้เอาประกันฯ
 (.....) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

รายละเอียดผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิต

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ (ปัจจุบัน)

เบอร์มือถือ.....อีเมลล์ (ถ้ามี).....

อาชีพ ☐ เกษตรกร ☐ รับราชการ ☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ อาชีพอื่น (โปรดระบุ).....

แหล่งที่มาของรายได้ ☐ เงินเดือน ☐ รายได้อื่นเพิ่มเติม (ถ้ามี) จำนวนรายได้.....(ต่อเดือน/ต่อปี)

เอกสารหลักฐานแนบ ☐ สำเนาบัตรประชาชน / สูติบัตร/บัตรอื่น ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุข้างต้น พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่มอบให้บริษัทฯ เป็นความจริงทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตลงวันที่/...../.....

(.....) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ (ปัจจุบัน)

เบอร์มือถือ.....อีเมลล์ (ถ้ามี).....

อาชีพ ☐ เกษตรกร ☐ รับราชการ ☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ อาชีพอื่น (โปรดระบุ).....

แหล่งที่มาของรายได้ ☐ เงินเดือน ☐ รายได้อื่นเพิ่มเติม (ถ้ามี) จำนวนรายได้.....(ต่อเดือน/ต่อปี)

เอกสารหลักฐานแนบ ☐ สำเนาบัตรประชาชน / สูติบัตร/บัตรอื่น ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุข้างต้น พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่มอบให้บริษัทฯ เป็นความจริงทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตลงวันที่/...../.....

(.....) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พนักงานบริษัทฯ สำนักงานใหญ่/สาขา/สำนักงานตัวแทน/ตัวแทนผู้รับรองความถูกต้องของข้อมูลผู้รับประโยชน์

(.....) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

หนังสือยินยอมมอบอำนาจผู้รับประโยชน์ให้เปิดเผยประวัติ (กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต)

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นางเลขที่บัตรประชาชน.....

เกี่ยวข้องกับ.....กับผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ย(ระบุชื่อผู้เสียชีวิต).....

กรมธรรม์เลขที่.....ในฐานะผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เสียชีวิตที่ผ่านมา เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการจ่ายเงินสินไหมตามกรมธรรม์ได้อย่างถูกต้องเที่ยงธรรม ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เสียชีวิตต่อ บริษัทประกันภัย หรือ บริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หากเกิดความเสียหายใดๆ ไม่ว่าทางตรง หรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการกล่าวหาหรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จาก แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

*** อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ ***

ลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ซึ่งให้ความยินยอมลงวันที่/...../.....

(.....) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)