

ชื่อตัวแทน _____ รหัสตัวแทน _____ โทรศัพท์ _____
กรมธรรม์เลขที่ _____ ชื่อผู้เสียชีวิต _____

กรณีเรียกร้องสินไหมมรณกรรมต่อ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด(มหาชน)
จะต้องจัดส่งเอกสารดังนี้

1. สำเนาใบมรณบัตร ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน/พร้อมสำเนา (จะต้องมีการประทับตรา “ตาย”)
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน/พร้อมสำเนา
4. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน, และของผู้รับประโยชน์ทุกคน/พร้อมสำเนา
5. กรมธรรม์ประกันชีวิต
6. เรียงร้อยผลประโยชน์ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ *หนึ่งใบต่อผู้รับผลประโยชน์หนึ่งคน*
7. รายงานการสอบสวนสินไหมมรณกรรมตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ
8. กรณีค่าสินไหมทดแทนที่จะได้รับต่อผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน มีจำนวนเงินมากกว่า 1 แสนบาท
ผู้รับประโยชน์ทุกคนต้องนำส่งภาพถ่ายใบหน้าตนเองคู่กับบัตรประจำตัวประชาชน (Selfie)
หรือ ดำเนินการยืนยันตัวตนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-KYC) ที่เว็บไซต์ของบริษัท
<https://customer.samsunglife.co.th/customer-service/eKYC>
เพื่อเป็นการพิสูจน์ตัวตน (KYC) ตามที่กฎหมายกำหนด

เอกสารเพิ่มเติมกรณีผู้เอาประกันชีวิตเสียชีวิตโดยสาเหตุผิดธรรมชาติ

1. สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจที่รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจแล้ว
2. สำเนาการชันสูตรพลิกศพที่รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจแล้ว
3. รายงานการผ่าพิสูจน์ศพ (กรณีที่มีการตรวจพิสูจน์ศพ)

กรณีที่ผู้เอาประกันชีวิตเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย

- ☐ ต้องมีใบรายงานความเห็นของแพทย์ (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)

หลักฐานเอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งแล้วแต่กรณี

1. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ/หรือใบรับรองบุคคลจากอำเภอ
2. ใบสูติบัตรของผู้เอาประกัน/หรือของผู้รับประโยชน์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
3. ทะเบียนสมรสของผู้เอาประกัน/หรือของผู้รับประโยชน์
4. ข่าว/หรือรูปถ่ายการเกิดอุบัติเหตุ
5. อื่นๆ

- ☐ กรณีส่งเอกสารเป็นต้นฉบับ เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแล้วจะคืนต้นฉบับ

ผู้นำส่ง _____ วันที่ส่ง _____

วันที่รับ _____

บริษัทฯ ได้รับเอกสารข้างต้นที่ท่านจัดส่งมาเพื่อใช้ในการพิจารณาสินไหมมรณกรรมแล้ว กรณีที่มีการระบุเอกสารที่ได้รับไม่ครบตามรายละเอียดข้างต้น กรุณาจัดส่งมาทันทีเพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา

นอกจากนี้ทางบริษัทฯ ใครขอให้ส่งเอกสารเพิ่มเติมที่ต้องใช้ประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

ลงชื่อ _____

วันที่ _____

แบบเรียกร้องสินไหมทดแทนในการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย

1. ข้อมูลผู้เสียชีวิต ☐ ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
กรรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่: จำนวนเงินเอาประกันภัย:
ชื่อ-นามสกุล ผู้เสียชีวิต: วันเกิด: บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่:
อายุ: ปี อาชีพ: ที่อยู่สถานที่ทำงาน:
ที่อยู่ครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต:
วันที่เสียชีวิต: สาเหตุการเสียชีวิต: สถานที่เสียชีวิต:

2. ข้อมูลผู้อ้างสิทธิเรียกร้องสินไหมมรณกรรม
ชื่อ-นามสกุล: อายุ: ปี ความสัมพันธ์: อาชีพ: สัญชาติ:
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่: หมายเลขโทรศัพท์มือถือ: อีเมล:
ที่อยู่สถานที่ทำงานปัจจุบัน: รายได้: บาท / เดือน
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้:
ท่านเรียกร้องสินไหมในฐานะผู้รับผลประโยชน์ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุ

3. ผู้เสียชีวิตมีประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? เป็นจำนวนเงินเท่าไร?

ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์	วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....			
.....			

4. กรุณาเลือกช่องทางการรับเงินสินไหมมรณกรรม และเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ (ถ้ามี)

- ☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร) และประสงค์ให้บริษัทแจ้งผลการพิจารณาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email)
ธนาคาร: ชื่อบัญชี: เลขที่บัญชี:
☐ เช็ค ส่งตามที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ตามที่ระบุไว้ ข้อ 2. ☐ เช็ค ผ่านตัวแทน / สาขา

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพประวัติการรักษาพยาบาลที่ผ่านมา และข้อมูลเกี่ยวกับการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย หรือผู้เสียชีวิต ดังกล่าวข้างต้น สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต(ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ผู้แทนของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้

การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปี นับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดเป็นอย่างอื่น และข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอให้โอนข้อมูล ขอให้แก้ไข ขอให้ลบ ทำลาย ขอคัดค้าน หรือ ขอระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนกรณีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลได้ตามที่ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 กำหนด โดยข้าพเจ้าได้ศึกษานโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacypolicy/> เป็นอย่างดีแล้ว การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือ ร้องขอให้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด สามารถติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ณ สำนักงานใหญ่ของบริษัท ตั้งอยู่เลขที่ 2922/222-227 อาคารชาเลนเจอร์สระทาวเวอร์ 2 ชั้น 15 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

ลายมือชื่อผู้รับผลประโยชน์ วันที่ (วัน/เดือน/ปี)
(.....)
พยาน พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ: * กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ต้องลงนามด้วยตนเอง พร้อมกับให้ผู้ปกครองร่วมลงนามด้วย

*** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความ
ร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้รับผลประโยชน์

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หรือ ☐)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ ☐ เป็น กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....วันหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมี ความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3) และ 4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อ ปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

การส่งคำบอกกล่าวใดๆ ตามสัญญาประกันภัย เมื่อบริษัทได้ทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นไปยังที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email Address) หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้มี สิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์(ผู้รับผลประโยชน์) แจ้งไว้แล้วให้ถือว่า วันที่ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือวันที่ส่งข้อความทางโทรศัพท์เป็นวันที่ได้มีการส่งหนังสือ ข้อมูลหรือคำบอกกล่าว ใดๆ และถือว่าผู้เอาประกันภัย เจ้าของกรมธรรม์ ผู้รับผลประโยชน์ หรือทายาท ได้รับคำบอกกล่าวโดยชอบแล้ว ณ วันที่ส่ง

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลายมือชื่อผู้รับผลประโยชน์

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

(.....)

พยาน

พยาน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : * กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น ผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษายาบาลที่ผ่านมา และข้อมูลเกี่ยวกับการมรดกกรรมของผู้เอาประกันภัยราย..... บัตรประชาชนเลขที่..... ตามกรมธรรม์เลขที่..... สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ผู้แทนของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ/หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้ และข้าพเจ้ายินยอมให้ สำนักงานเขต ที่ทำการอำเภอ สำนักงานเทศบาล สำนักงานทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สถานที่ราชการอื่นใดที่เกี่ยวข้อง เปิดเผยข้อมูลและรับรองสำเนาเอกสารเกี่ยวกับการขอมีบัตรประจำตัวประชาชน ภาพถ่ายลายมือชื่อ มรณบัตร หนังสือรับรองการตายของผู้เอาประกันภัยรายดังกล่าวให้แก่บริษัทอีกด้วย

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ: * กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

(.....)

โทร:

วันที่:

☐ ผู้รับประโยชน์ ☐ ผู้เอาประกันภัย

☐ ผู้ชำระเบี้ยประกัน

☐ ทายาทโดยชอบธรรม/ผู้แทนโดยชอบธรรม

☐ ผู้จัดการมรดกของ.....

กรมธรรม์เลขที่

ลงชื่อ ตัวแทน/พยาน

(.....)

ลงชื่อ ตัวแทน/พยาน

(.....)

ลงชื่อ ผู้ขอข้อมูล

(.....)

รายงานแพทย์ / Physician's Statement

1. Deceased's Name in Full / ชื่อผู้เสียชีวิต Residence / ที่อยู่ Occupation / อาชีพ	
2. How long had you known the deceased? / ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด	
3. A. When had you been the medical attendant or adviser of deceased? and for what disease? A. ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด B. Did the deceased receive any treatment before death? If yes, please specify the doctor's name. ข. การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้ผู้เสียชีวิตครั้งนี้ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ	 B.
4. A. Did you attend deceased during his last illness? ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ B. If so, for what disease? ข. ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร C. Date of your first visit ค. วันที่ท่านเยี่ยมคนไข้ D. Date of your last visit ง. วันที่สุดท้ายที่ท่านเยี่ยมคนไข้	A. B. C. D.
5. A. Place of Death B. Date of Death ก. สถานที่เสียชีวิต ข. วันที่เสียชีวิต	A. B.
6. A. What was the immediate cause of death? ก. สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ B. How long did deceased suffer from this disease? ข. โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิต เป็นมานานเท่าใด C. In your opinion, how long did deceased suffer from this disease? ค. ตามความเห็นของท่าน โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด	A. B. C.
7. From what other important disease, if any, did the deceased suffer? When? ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด	
8. For how long was deceased confined to the house or prevented from attending to business? เป็นเวลานานเท่าใดที่ผู้เสียชีวิตต้องพักอยู่บ้าน หรือต้องละทิ้งหน้าที่การงาน	
9. Was there any special cause, direct or indirect, for the death, in the habits, occupation or residence of the deceased? มีเหตุพิเศษใดๆ ไม่ว่าจะเป็นเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือไม่ที่ทำให้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัยของผู้เสียชีวิต	
10. Did deceased use alcohol or narcotics? / If so, did they contribute to the fatal disease ? ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่/ ถ้ามีวัดกัน เป็นเหตุให้ผู้เสียชีวิตหรือไม่	
11. Test for HIV? If yes, what is the result? ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหาเลือดโรคเอดส์หรือไม่ ถ้าตรวจผลการตรวจเป็นอย่างไร	
12. Is there the post-mortem examination? If yes, Please state การเสียชีวิตครั้งนี้มีการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ	

Give names and addresses of all other physicians and other practitioners who to your knowledge, attended deceased during the past three years.

กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของนายแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลป์อื่นๆ ตามที่ท่านทราบซึ่งได้รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระยะเวลาสามปีที่ผ่านมา

Name / ชื่อ	Address / ที่อยู่	Disease or Impairment and date / โรคหรืออาการและวันที่พบแพทย์
.....		
.....		

What was the age of deceased? Sex: Height: Weight: Color of Hair: Color of eyes:
ผู้เสียชีวิตอายุเท่าใด เพศ..... ส่วนสูง..... cm. น้ำหนัก..... Kgs. สีของผม..... สีของนัยน์ตา.....

Describe any birth marks. Scars or other marks of identification on deceased's body.

บรรยายลักษณะของเครื่องหมายกำเนิด แผลเป็น หรือรอยตำหนิอื่นๆ บนร่างกายผู้เสียชีวิต

Additional Remarks (หมายเหตุเพิ่มเติม)

Sign at เขียนที่	Date วันที่	District อำเภอ	Country of จังหวัด
Signature ลงชื่อ	Qualification คุณวุฒิ	Name & address (Please print) ชื่อและที่อยู่(โปรดเขียนตัวบรรจง)	

รายงานการสอบสวนสินไหมมรณกรรม

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

1. ท่านทราบข่าวการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัยจากใคร เมื่อใด.....

2. สาเหตุแห่งการมรณกรรม และรายละเอียด.....

ก. กรณีเสียชีวิตด้วยเหตุธรรมชาติ

1) วันที่เสียชีวิต.....

2) สาเหตุของการเสียชีวิต.....

3) สถานที่เสียชีวิต โปรดระบุชื่อและสถานที่ตั้ง.....

4) ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยมีอาการของโรคมานานเท่าใด.....

5) ชื่อของแพทย์.....

สถานพยาบาลที่ทำการรักษาผู้เอาประกันภัยก่อนและในขณะเสียชีวิต.....

ข. กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ฆาตกรรม หรือฆ่าตัวตาย

1) วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ..... เวลา.....

2) วันที่เสียชีวิต..... เวลา.....

3) สาเหตุของการเสียชีวิต.....

4) สถานที่เสียชีวิต (โปรดระบุชื่อและสถานที่).....

5) ก่อนเกิดเหตุผู้เอาประกันภัยกำลังทำอะไร กับใคร ที่ไหน.....

มีอาการเมาสุรา หรือสิ่งเสพติดอย่างอื่นหรือไม่.....

6) พยานที่เห็นเหตุการณ์ชื่อ..... มีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน.....

7) ชื่อแพทย์.....

สถานพยาบาลที่ตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยก่อนและในขณะเสียชีวิต.....

3. ท่านได้เห็นศพ หรือได้ไปร่วมงานศพของผู้เอาประกันภัยหรือไม่ เมื่อใด.....

4. ขณะเสียชีวิต ผู้เอาประกันภัยมีอาชีพอะไร.....

5. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรืออุบัติเหตุไว้กับบริษัทใดบ้าง?

จำนวนเท่าใด.....

6. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยหรือครอบครัวผู้เอาประกันภัยเป็นการส่วนตัวหรือไม่ / ในฐานะใด.....

7. ข้อมูลทั้งหมดข้างต้นนี้ ท่านได้มาจากผู้ใด? มีความสัมพันธ์เช่นไรกับผู้เอาประกันภัย.....

8. ความเห็นเพิ่มเติม.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สอบสวน

(.....)

รหัสตัวแทน.....

สาขา.....