

**แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม/ยกเว้นชำระเบี้ยเนื่องจากผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต**

<b>รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย (ผู้เสียชีวิต)</b> ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี โศกศัพธ์..... หมายเลขประจำตัวประชาชน..... อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรสาร.....		กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่..... ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....													
<b>รายละเอียดการมรดกกรม</b> มรดกกรมวันที่..... สถานที่..... เวลา..... สาเหตุ..... โรคประจำตัว.....															
<b>รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิตย้อนหลัง 2 ปี</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>วันเดือนปีที่รักษา</th> <th>โรงพยาบาล/คลินิก</th> <th>โรค/อาการเจ็บป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>			วันเดือนปีที่รักษา	โรงพยาบาล/คลินิก	โรค/อาการเจ็บป่วย	.....	.....	.....	.....	.....	.....				
วันเดือนปีที่รักษา	โรงพยาบาล/คลินิก	โรค/อาการเจ็บป่วย													
.....	.....	.....													
.....	.....	.....													
<b>รายละเอียดการทำประกันภัยกับบริษัทอื่น (ถ้ามี)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อบริษัท</th> <th>หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย</th> <th>วันเริ่มสัญญา</th> <th>จำนวนเงินเอาประกันภัย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>				ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย												
.....	.....	.....	.....												
.....	.....	.....	.....												
<b>รายละเอียดของผู้รับประโยชน์ทายาท/ผู้เรียกร้อง</b> 1. .... ความสัมพันธ์..... ที่อยู่ติดต่อได้..... โทรศัพท์..... 2. .... ความสัมพันธ์..... ที่อยู่ติดต่อได้..... โทรศัพท์..... 3. .... ความสัมพันธ์..... ที่อยู่ติดต่อได้..... โทรศัพท์.....															
<b>จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมรดกกรม กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ เช่น เจ็บป่วย ฯลฯ ดังนี้</b> <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน <input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรดกกรม <input type="checkbox"/> หนังสือยินยอมและมอบอำนาจเปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ) <input type="checkbox"/> สำเนามรณบัตร / หนังสือรับรองการตาย <input type="checkbox"/> เอกสารเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านเจ้าหน้าที่ "ตาย" ของผู้เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ เช่น สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร/สำเนาทะเบียนสมรส <b>เอกสารเพิ่มเติมกรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ เช่น อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย หรือเสียชีวิตไม่ปรากฏสาเหตุ ฯลฯ ดังนี้</b> <input type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวันของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ <input type="checkbox"/> รายงานการตรวจศพ กรณีที่มีการผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ <b>กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์</b> <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง) <b>หมายเหตุ :</b> สำเนาเอกสารทุกฉบับจะต้องรับรองสำเนาโดยทายาทหรือผู้รับประโยชน์ที่เป็นทายาทหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ สำหรับผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตควบการลงทุน หน่วยลงทุนจะถูกขาย ณ วันประเมินราคาวันแรกของวันทำการถัดจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารมรดกกรมครบถ้วน และอนุมัติการจ่ายสินไหมมรดกกรมแล้ว															

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบส่งและมอบให้ไว้แก่ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... (.....) วันที่..... ตัวแทนนำส่งเอกสาร (ลงชื่อ)..... หมายเลขโทรศัพท์.....	➔	ลงชื่อ..... (.....) วันที่..... ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย..... ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ทำการแทน.....
---	---	---

**หนังสือให้ความยินยอม**  
 ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) และผู้เอาประกันภัยที่รวมถึง ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

**หมายเหตุ :** \*กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์  
 \*\*กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

➔ ผู้ให้ความยินยอม (ผู้รับผลประโยชน์/ทายาท) ..... (.....)	วันที่ : ..... (.....)	พยาน : ..... (.....)	พยาน : ..... (.....)
ความสัมพันธ์ : (.....)		ความสัมพันธ์ : (.....)	

## ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรณกรรม

ชื่อ-สกุลของผู้ถึงแก่กรรม.....อายุ.....

ที่อยู่.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN).....

ชื่อแพทย์ที่รักษา.....เลขที่ผู้ป่วยใน (AN).....

## รายละเอียดมรณกรรม

1. ก. วันที่ถึงแก่กรรม.....เวลา.....สถานที่.....

ข. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม.....

ค. สาเหตุนำ คือ.....สาเหตุแทรกซ้อน คือ.....

2. ก. ผู้ถึงแก่กรรมเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....

ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ อย่างไรบ้าง.....

ค. อาการของโรคหรืออาการผิดปกติตามข้อ ข. นั้น เป็นมานานเท่าใด (โปรดระบุวันเดือนปีที่มีอาการผิดปกติ).....

3. ก. ท่านผู้จักษกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....

ข. อาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของการถึงแก่กรรมเป็นมานานเท่าใด.....

ค. จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ หรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุโรค).....

4. ก. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....

ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่.....

ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....

ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....

จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....

ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมทางใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือที่พักผ่อน.....

5. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการแพทย์หรือไม่ หากมีกรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจ.....

6. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และ/หรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียด

วันที่รักษา.....ชื่อแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล.....โรคหรืออาการที่รักษา.....

.....

.....

.....

7. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้..... ซม. น้ำหนัก..... กก. ตำหนักหรือแผลเป็น.....

8. ความเห็นอื่นๆ.....

.....

.....

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

คุณวุฒิ..... ประจำโรงพยาบาล / สถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้รักษา

(.....)

วันที่.....