

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม/ยกเว้นชำระเบี้ยเนื่องจากผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต

รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย (ผู้เสียชีวิต) ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวประชาชน.....อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....		กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่..... ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
รายละเอียดการมรดกกรม มรดกกรมวันที่.....สถานที่.....เวลา..... สาเหตุ.....		
รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนการมรดกกรมครั้งสุดท้ายและย้อนหลัง 2 ปี วันที่รักษา.....สถานพยาบาล.....โรค/อาการป่วย.....		
รายละเอียดการทำประกันภัยกับบริษัทอื่น (ถ้ามี) ชื่อบริษัท.....หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย.....วันเริ่มสัญญา.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....		
รายละเอียดของผู้รับประโยชน์ทายาท/ผู้เรียกร้อง 1.ความสัมพันธ์.....ที่อยู่ติดต่อได้.....โทรศัพท์..... 2.ความสัมพันธ์.....ที่อยู่ติดต่อได้.....โทรศัพท์..... 3.ความสัมพันธ์.....ที่อยู่ติดต่อได้.....โทรศัพท์.....		
จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมรดกกรม ดังนี้ กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ เช่น เจ็บป่วย ฯลฯ <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนสำเนาทะเบียนบ้านจำนวน 2 ชุด ของผู้เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรดกกรม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน <input type="checkbox"/> มรณบัตรฉบับจริง และสำเนามรณบัตร <input type="checkbox"/> หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ) <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ประกันชีวิต / ใบรับรองการเอาประกันภัยกลุ่ม <input type="checkbox"/> อื่นๆ กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง		
กรณีเสียชีวิตโดยฆาตกรรม เช่น อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย หรือเสียชีวิตไม่ปรากฏสาเหตุ ฯลฯ เอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ <input type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวันของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ <input type="checkbox"/> รายงานการตรวจศพ กรณีที่มีการผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ <input type="checkbox"/> สำเนาศุติบัตร สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)		
หมายเหตุ : สำเนาเอกสารทุกฉบับจะต้องรับรองสำเนาโดยทายาทหรือผู้รับประโยชน์ที่เป็นทายาทหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์		

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

ลงชื่อ..... (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)
 วันที่.....
 ลงชื่อ..... (ผู้รับประโยชน์ ผู้แทน โดยชอบธรรม/ผู้ทำการแทน)
 วันที่.....

หนังสือให้ความยินยอม
 ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท 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 ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ : *กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 **กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

➡ ผู้ให้ความยินยอม : วันที : พยาน : พยาน :
 (.....) (.....) (.....) (.....)

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรณกรรม

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

ที่อยู่.....

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

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

รายละเอียดมรณกรรม

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

ข. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม.....

ค. สาเหตุหน้า คือ.....สาเหตุแทรกซ้อน คือ.....

2. ก. ผู้ถึงแก่กรรมเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....

ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ อย่างไรบ้าง

.....

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

3. ก. ท่านผู้จกกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....

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 หรือที่פקอาศัย

.....

5. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ หากมีกรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจ

.....

6. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และ/หรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียด

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

.....

.....

.....

7. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้..... ซม. น้ำหนัก..... กก. ต่าหนหรือแผลเป็น.....

8. ความเห็นอื่นๆ.....

.....

.....

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

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

ที่ตั้ง.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้รักษา

(.....)

วันที่.....