

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม/ยกเว้นชำระเบี้ยเนื่องจากผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต

รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย (ผู้เสียชีวิต) ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวประชาชน.....อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่..... ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
---	--

รายละเอียดการมรดกกรรม
 มรดกกรรมวันที่.....สถานที่.....เวลา.....
 สาเหตุ.....

วันที่รักษา	สถานพยาบาล	โรค/อาการป่วย
.....
.....

รายละเอียดการทำประกันภัยกับบริษัทอื่น (ถ้ามี)

ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....
.....

รายละเอียดของผู้รับประโยชน์ทายาท/ผู้เรียกร้อง

1.	ความสัมพันธ์.....	ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....
2.	ความสัมพันธ์.....	ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....
3.	ความสัมพันธ์.....	ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....

จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมรดกกรรม ดังนี้

กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ เช่น เจ็บป่วย ฯลฯ

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรดกกรรม

มรณบัตรฉบับจริง และสำเนา มรณบัตร

กรมธรรม์ประกันชีวิต / ใบรับรองการเอาประกันภัยกลุ่ม

สำเนาบัตรประชาชนสำเนาทะเบียนบ้านจำนวน 4 ชุด ของผู้เสียชีวิต

สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ)

อื่นๆ กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง

กรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ เช่น อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย หรือเสียชีวิตไม่ปรากฏสาเหตุ ฯลฯ เอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

สำเนาบันทึกประจำวันของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ

รายงานการตรวจศพ กรณีที่มีการผ่าพิสูจน์ศพ

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

สำเนาสูติบัตร สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

หมายเหตุ : สำเนาเอกสารทุกฉบับจะต้องรับรองสำเนาโดยทายาทหรือผู้รับประโยชน์ที่เป็นทายาทหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

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

หนังสือให้ความยินยอม
 ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษาผู้เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

➡ ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม (ทายาท) วันที่.....

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรณกรรม

ชื่อ-สกุลของผู้ถึงแก่กรรม.....อายุ.....
ที่อยู่.....
ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN).....
ชื่อแพทย์ที่รักษา.....เลขที่ผู้ป่วยใน (AN).....

รายละเอียดมรณกรรม

- ก. วันที่ถึงแก่กรรม.....เวลา.....สถานที่.....
ข. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม.....
ค. สาเหตุหน้า คือ.....สาเหตุแทรกซ้อน คือ.....
- ก. ผู้ถึงแก่กรรมเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....
ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ อย่างไรบ้าง
.....
ค. อาการของโรคหรืออาการผิดปกติตามข้อ ข. นั้น เป็นมานานเท่าใด (โปรดระบุวันเดือนปีที่มีอาการผิดปกติ).....
- ก. ท่านผู้จกกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....
ข. อาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของการถึงแก่กรรมเป็นมานานเท่าใด.....
ค. จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุโรค).....
- ก. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....
ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่.....
ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....
ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....
จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....
ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมทางใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือที่פקอาศัย.....
- มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ หากมีกรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจ.....
- ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และ/หรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียด

วันที่รักษา	ชื่อแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา
.....
.....
.....
- ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ต่ำหนักหรือแผลเป็น.....
- ความเห็นอื่นๆ.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

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

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

(.....)

วันที่.....