



ใบเรียกร้องสิทธิเงินในมรดกกรม

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....นามนายจ้าง.....

ใบรับรองเลขที่.....นามลูกจ้าง.....

กรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญเลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อ-สกุลของผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

1.ก. วัน เดือน ปี เวลา และอายุขณะถึงแก่กรรม ข. สาเหตุแห่งกรรม ค. สถานที่ถึงแก่กรรม	ก. วันที่.....เวลา.....น. อายุ.....ปี ข. ค.
2.กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ฆาตกรรม หรือไม่ทราบสาเหตุ ก. โปรดแจ้งวัน เวลา และสถานที่เกิดอุบัติเหตุ ข. อุบัติเหตุ / เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร	ก. วันที่.....เวลา.....น. สถานที่เกิดอุบัติเหตุ..... ข.
3.กรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย ก. ความเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ตายมีอาการหรือเริ่มป่วยตั้งแต่เมื่อใด ข. ผู้ตายเริ่มเข้ารับการรักษาจากแพทย์เมื่อใดและสถานพยาบาลใด	ก. ข.
4.ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ผู้ตายมีอาการและทำการรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย / บาดเจ็บอุบัติเหตุอะไรหรือไม่ รักษาที่ไหน เมื่อไร
5.ชื่อของแพทย์ที่ทำการรักษาจนถึงแก่กรรม สถานพยาบาล/โรงพยาบาล
6.ผู้ตายทำประกันไว้กับบริษัทอื่นใดหรือได้รับเงินสงเคราะห์จากองค์กรอื่นใดหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท / องค์กร วันที่ทำประกัน จำนวนเงินเอาประกันภัยและ เลขที่กรมธรรม์/ จำนวนเงินสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุรายละเอียด) <input type="checkbox"/> ไม่มี บริษัท / องค์กร..... จำนวนเงิน.....บาท กรมธรรม์เลขที่
7. ก. ใครเป็นเจ้าของภาพจัดงานศพ ข. สถานที่ฝัง/ เผา หรือปลงศพ ค. วันที่ฝัง/ เผา หรือปลงศพ	ก)..... ข)..... ค).....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, บริษัทประกันชีวิตหรือองค์กร, สถานพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพ ข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อ บริษัททิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ หนึ่งสำเนา ภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้องสิทธิ/ผู้รับประโยชน์

(.....) วันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลูกจ้างผู้มรดกกรมรายนี้ ขณะเกิดการมรดกกรมได้เป็นลูกจ้างประจำของนายจ้างที่กล่าวข้างต้นจริง

ลงชื่อ.....นายจ้าง / ผู้มีอำนาจ

(.....) วันที่