



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน(กรณีเสียชีวิต)สำหรับโครงการคุ้มครองวงเงินสินเชื่อ

โครงการ.....ธนาคาร.....
วันที่กรอกข้อมูล.....เลขกรมธรรม์.....
ชื่อผู้เอาประกัน.....
สัญญาเงินกู้เลขที่.....วันที่ทำสัญญา.....
สาเหตุการเสียชีวิต.....
วันที่เสียชีวิต.....สถานที่เสียชีวิต.....
ชื่อ-สกุลของผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....โทรศัพท์.....

เอกสารขั้นพื้นฐานที่ต้องส่งกรณีเสียชีวิตทุกกรณี

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ช่องที่มีเอกสารแนบ *** ส่งเอกสารดังกล่าวให้ครบถ้วนเพื่อประกอบการพิจารณาเรื่องสินไหม ได้รวดเร็ว***

- 1.STATEMENT (ใบรายงานยอดหนี้คงเหลือ) ขอจากธนาคาร
- 2.สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์ / ทายาท
- 3.สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต(ฉบับแจ้งเสียชีวิตแล้ว) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์/ ทายาท
- 4.ต้นฉบับใบมรณบัตร (กรณีสำเนา ให้ทางอำเภอที่ออกใบมรณบัตรประทับรับรองสำเนาถูกต้อง)
- 5.หนังสือรับรองการเสียชีวิต (กรณีเสียชีวิตที่ โรงพยาบาล.)
- 6.ประวัติการรักษาจากโรงพยาบาล (กรณีเสียชีวิตด้วยโรค หรือ ทุพพลภาพ และ กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล)
- 7.แบบฟอร์ม การให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติคนไข้ (สำหรับให้ทายาทกรอกเท่านั้น) ถ้าไม่มีขอได้ที่บริษัทประกัน
- 8.สำเนาทะเบียนบ้าน,สำเนาบัตรประชาชน(ทายาท) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์ / ทายาท
- 9.สำเนาใบเปลี่ยนแปลง ชื่อ-นามสกุล(กรณีผู้เสียชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง ชื่อ-นามสกุล) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- 10.สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ จากสถานีตำรวจท้องที่เกิดเหตุ *****
- 11.สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ จากสถาบันนิติเวช กรมตำรวจซึ่งมีทั้งสองหน้า (ทั้งด้านหน้าและหลัง) *****

หมายเหตุ*****ข้อ10,11 ใช้กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ,ฆ่าตัวตาย หรือสูญเสียชีวิตถูกฆาตกรรมโดยเหตุผิดปกติธรรมดา

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, บริษัทประกันชีวิตหรือองค์กร, สถานพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพ ข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษา และสำเนาทะเบียนของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อ บริษัททิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันหนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้องสิทธิ/ผู้รับประโยชน์
(.....)วันที่.....



วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติคนไข้

เรียน ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....และเป็นผู้รับ
ประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของ.....กรมธรรม์เลขที่.....ขอให้
ความยินยอมต่อสถานพยาบาลและแพทย์ที่เกี่ยวข้องซึ่งเคยให้การตรวจรักษา เพื่อเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมดของ
คนไข้รายนี้ ด้วยการออกไปรับรองแพทย์หรือถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลดังกล่าวให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด
(มหาชน) ได้ทราบโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น

การให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติคนไข้ครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะให้ทางบริษัทฯ นำหลักฐานนี้ไป
ประกอบการพิจารณาจ่ายเงินสินไหมตามกรมธรรม์ประกันชีวิต ซึ่งข้าพเจ้าเป็นผู้รับประโยชน์ที่มีสิทธิจะได้รับได้อย่างถูกต้องและ
เป็นธรรม ดังนั้นข้าพเจ้าจึงทำหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เพื่อเป็นหลักฐานไว้ด้วยความสมัครใจ และลงชื่อไว้ท้ายหนังสือฉบับนี้
พร้อมมอบหมายให้พนักงานบริษัทฯ เป็นผู้มาติดต่อขอหลักฐานแทนข้าพเจ้าได้จนเสร็จการ หวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
ด้วยดี จึงขอแสดงความขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

()

ลงชื่อ.....พยาน

()