

เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ชื่อผู้เอาประกัน.....กรมธรรม์เลขที่ (หากมีหลายฉบับ ระบุเพียงฉบับเดียว).....

ก. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี

1. เสียชีวิตตามธรรมชาติ หรือกรณีเจ็บป่วย

- ☐ 1.1 สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย ที่มีการประทับคำว่า “ตาย” รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีผู้รับผลประโยชน์ยังไม่มีบัตรประชาชน) รวมถึงเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ของผู้เอาประกัน และ/หรือผู้รับผลประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.5 รูปถ่าย Selfie ของผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประจำตัวประชาชน หรือ แบบฟอร์มการตรวจสอบข้อมูลยืนยันตัวตนผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.6 แบบฟอร์มเอกสารการรับรองตนเองสำหรับผู้รับประโยชน์บุคคลธรรมดา (เฉพาะผู้รับประโยชน์ที่เป็นชาวต่างชาติ หรือคนไทยที่ใช้หนังสือเดินทาง (Passport) ในการรับรองตนเอง)
- ☐ 1.7 แบบฟอร์ม FW8BEN (เฉพาะผู้รับประโยชน์ที่ไม่ใช่สัญชาติอเมริกัน แต่ที่มีถิ่นที่อยู่ และ/หรือ มีบัญชีธนาคารในประเทศสหรัฐอเมริกา)
- ☐ 1.8 แบบฟอร์ม FW9 (เฉพาะผู้รับประโยชน์ที่มีสัญชาติอเมริกัน)
- ☐ 1.9 กรมธรรม์ฉบับจริง (กรณีกรมธรรม์สูญหาย ใช้สำเนาบันทึกประจำวันประจำวันเกี่ยวกับคดี)
- ☐ 1.10 แบบอ้างสิทธิ์ ก. (กรณีมีผู้รับประโยชน์มากกว่า 1 คน ให้ใช้ 1 ฉบับต่อ 1 คน)
- ☐ 1.11 แบบอ้างสิทธิ์ ข. ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาก่อนเสียชีวิตเป็นผู้กรอรายละเอียด (กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ใช้ใบรับรองการตาย หรือสำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี)

2. เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ หรือ ถูกฆาตกรรม โปรดแนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- ☐ 2.1 สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี/ใบสรุปสำนวนคดีความถึงที่สุด (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ)
- ☐ 2.2 สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือแพทย์ผู้ทำการชันสูตร) ใช้แทนแบบอ้างสิทธิ์ ข.

ข. การเรียกร้องสินไหมค่าชดเชย กรณีผู้ชำระเบี้ย/ผู้ปกครองเสียชีวิต (สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ย)

❖ ใช้เอกสารตามข้อ 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน

ค. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยจากอุบัติเหตุ/สุขภาพ

- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย (FM-CL-050-3) หนังสือขอความยินยอม, หนังสือมอบอำนาจ (FM-CL-053-2)
- ☐ ใบรับรองแพทย์ หรือรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัท ส่วนที่ 2 (FM-CL-050-3) (สำหรับกรณีผู้ป่วยใน)
- ☐ ใบรับรองแพทย์ หรือแบบฟอร์ม OPD (Illness & Accident) (FM-CL-043-1) (สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน
- ☐ เอกสารผลตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือผลตรวจชิ้นเนื้อ (เฉพาะการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง (ร.ร.)*)
- ☐ สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี/ใบสรุปสำนวนคดีความถึงที่สุด (กรณีถูกทำร้ายร่างกาย)
- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร และใบแสดงความเห็นแพทย์ (FM-CL-046-1) (กรณีมีภาวะทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรของผู้เอาประกันหรือผู้ชำระเบี้ย/ผู้ปกครอง)
- ☐ ผลฟิล์มเอ็กซเรย์ (กรณีบาดเจ็บกระดูกแตกหัก)

ง. การเรียกร้องสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ/สุขภาพ ❖ เพิ่มเติมจาก ค ❖

☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง.....ฉบับ ☐ ใบแจกแจงค่ารักษาพยาบาล.....ฉบับ

❖ วิธีการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน ❖

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

นำส่งเมื่อ.....ลงชื่อ.....ผู้นำส่งเอกสาร โทรศัพท์หมายเลข.....

หมายเหตุ ในการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนเพื่อความสะดวก และรวดเร็ว กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐

ที่ส่งเอกสารมาเพื่อป้องกันเอกสารสูญหาย หากมีข้อสงสัยประการใดติดต่อสอบถามที่ Call Center โทร. 0-2777-8888