



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามยา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

■ ใบเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งท่านเท่านั้น

■ บริษัท ฯ เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มนี้ไว้ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนทั้ง 4 แผ่น

ข้อมูลตัวแทน/ผู้ให้บริการ : ชื่อ-สกุล
เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

สำหรับตัวแทนหรือพนักงานบริษัท ฯ

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้พบกับผู้รับประโยชน์ ตามที่ได้ลงนามในแบบฟอร์มนี้ และได้ดำเนินการระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้รับประโยชน์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อ ตัวบรรจง (รหัสตัวแทนหรือพนักงานบริษัทฯ) วันที่

1. รายละเอียดของผู้เสียชีวิต

☐ การเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย ☐ การเสียชีวิตของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทางของผู้เสียชีวิต

ที่อยู่ปัจจุบัน

อาชีพปัจจุบันก่อนเสียชีวิต

สถานที่ทำงานล่าสุด

2. รายละเอียดของการเสียชีวิต

วันที่เสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต

สาเหตุการเสียชีวิต

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ทุกท่านที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างป่วยครั้งสุดท้ายและภายในห้าปีที่ผ่านมา

*** การพิจารณาอนุมัติสินไหมจะเป็นไปอย่างรวดเร็วหากได้รับข้อมูลประวัติการรักษาของผู้เสียชีวิตที่ถูกต้องและครบถ้วน ***

วันที่รับการรักษา	โรคหรืออาการเจ็บป่วย	ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา	สถานพยาบาล

3. กรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับทั้งหมด

ชื่อบริษัทประกันภัย	เลขที่กรมธรรม์	วันที่มีผลบังคับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สถานะการเรียกร้องสินไหม

4. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ (ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์)

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง

วัน เดือน ปี เกิด อายุ ปี สัญชาติ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับการจัดส่งเอกสาร

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ อีเมล



5. ช่องทางการรับเงินคืนใหม่กรณีการ

การรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร)

ธนาคาร ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ตลอดจนข้อแถลงและเอกสารที่ได้แถลงและส่งมอบไว้แก่บริษัทฯ ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

คำขอฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด
วันที่

ลายมือชื่อ ผู้รับประโยชน์
()

ลายมือชื่อ
()

☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์
กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ หากลงนามด้วยตัวเอง
กรุณาให้บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ลงนามร่วม

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ พยาน
()

เงื่อนไขการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

- การที่บริษัทฯ ได้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีดังกล่าว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย โดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใด ๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้ว
- กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีดังกล่าว ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นเป็นเช็ค หรือโดยวิธีการของบริษัทฯ และไม่ถือเป็นการจ่ายผลประโยชน์ล่าช้าตามข้อกำหนดการจ่ายผลประโยชน์ในกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บ รวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลบัญชีธนาคารตามระบุข้างต้น เพื่อให้บริษัทฯ และ/หรือ ธนาคารใดๆ สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวดำเนินการเกี่ยวกับการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ การให้สิทธิประโยชน์หรือจ่ายเงินสิทธิประโยชน์
- บริษัทฯ เก็บข้อมูลนี้ไว้ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท กรุงไทย - แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อรวมถึงให้ความยินยอมสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยระหว่างบริษัท กับผู้แทนของบริษัท เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ รับทราบว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเท่าที่จำเป็น เพื่อการจ่ายเงินหรือดำเนินการอื่นอันเกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย รวมทั้งเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่บริษัทประกันภัย บริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท และหรือบริษัทนายหน้าประกันภัยรวมทั้งหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <http://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

วันที่

ลายมือชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
()

ลายมือชื่อ
()

☐ บิดา / มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ให้ความยินยอม

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ พยาน
()

หมายเหตุ : *กรณีผู้ให้ความยินยอมเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไปลงนามด้วยตนเอง กรุณาให้บิดา / มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ร่วมลงนาม
กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ วันที่หมดอายุ

1. การรับรองสถานะ

- ก. ข้าพเจ้ามีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ข้าพเจ้าเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ข้าพเจ้ามีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี
- ง. ข้าพเจ้ามีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่
(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัท สามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้รับประโยชน์ หรือทายาทของผู้เอาประกันภัยมีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหรือหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าวเพื่อแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

วันที่

ลายมือชื่อ ผู้รับประโยชน์
()

ลายมือชื่อ
()
☐ บิดา / มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ พยาน
()

หมายเหตุ : กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ หากลงนามด้วยตนเอง กรุณาให้บิดา / มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ร่วมลงนาม



6. เอกสารแนบ ประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน สำหรับผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

โปรดนำส่งเอกสารตามแบบเครื่องหมายในช่องเอกสาร พร้อมใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ กรณีที่แนบเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัท ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาสินไหมในการพิจารณาสินไหมหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

เอกสารที่ต้องการ	กรณีเสียชีวิต ด้วยโรค/เจ็บป่วย	กรณีเสียชีวิต โดยผิดธรรมชาติ
1. กรมธรรม์ประกันภัยของผู้เอาประกันภัย	✓	✓
2. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (ฟอร์มบริษัท) ของผู้รับประกันภัยทุกท่าน (หนึ่งใบต่อผู้รับประกันภัย 1 ท่าน)	✓	✓
3. สำเนาโฉนดที่ดิน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย "ตาย"(รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประกันภัยทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประกันภัยทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
8. ข้อมูลสำหรับติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ (email) ของผู้รับประกันภัยทุกท่าน	✓	✓
9. ใบรายงานแพทย์ กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล	✓	✓
10. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้รับประกันภัยทุกท่าน)	✓	✓
11. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน (ข้อไป-ข้อกลับ)	✗	✓
12. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ (ด้านหน้า -ด้านหลัง)	✗	✓
13. ใบมอบอำนาจในการเปิดเผยประวัติที่ลงนามโดยทายาทโดยธรรม (ฟอร์มบริษัท) 3 ชุด	✓	✓

กรณีชื่อผู้รับประกันภัย ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในเล่มกรมธรรม์ กรุณานำเอกสารเพื่อยืนยันพร้อมทั้งใบเรียกร้องค่าสินไหมนี้

✓ จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา ✗ ไม่จำเป็นต้องนำส่ง

บริษัทฯ จะดำเนินการส่งคืนค่าผ่านหมายเลขโทรศัพท์ หรือที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ตามที่ท่านระบุ
กรุณายืนยันตัวตนในการทำธุรกรรมเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน ภายใน 3 วัน หลังจากได้รับข้อความ

7. การติดตามสถานะสินไหม

ท่านจะได้รับข้อความหรืออีเมลหลังจากบริษัท ฯ ได้รับผลการเรียกร้องค่าสินไหม หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ตามช่องทางต่อไปนี้

<https://www.krungthai-axa.co.th/>
(การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน)

ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์
โทร. 1159

customer.care@krungthai-axa.co.th

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ยืนยันที่จะทำให้การเรียกร้องค่าสินไหมของท่านเป็นไปด้วยความรวดเร็วและไม่ซับซ้อน
ขอบคุณที่ให้ความไว้วางใจในบริษัท ฯ เรายินดีที่จะให้บริการท่านอย่างดีที่สุด

8. ช่องทางในการจัดส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน

- ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ถึง
แผนกสินไหมทดแทน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนน พระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
- ติดต่อศูนย์บริการลูกค้า สำนักงานใหญ่ ชั้น 1 หรือสาขาของบริษัท ฯ
- ส่งเอกสารผ่านตัวแทนผู้ให้บริการ

