



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (Policy No.)

□□□-□□□□□□□□

ก้อยแกลงของผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

เราเข้าใจว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีความสำคัญกับท่าน ดังนั้น เพื่อให้การพิจารณาอนุมัติสินไหมให้ เป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณา 1) กรอกแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วน 2) แนบเอกสารแนบดังระบุไว้ในหน้าที่ 4 และ 3) ส่งฟอร์มนี้ ผ่านทางตัวแทนหรือสำนักงานใหญ่โดยเร็วที่สุด ผู้เรียกร้องค่าสินไหมควรกรอกแบบฟอร์มนี้ ด้วยตัวเอง โปรดอย่า เซ็นชื่อลงบนแบบฟอร์มเปล่า ไม่มี ค่าธรรมเนียม ค่าคอมมิชชั่น หรือค่าใช้จ่ายใดๆ แก่ ตัวแทนหรือพนักงานในการ เรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้

กรณีชื่อผู้รับผลประโยชน์ ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในเล่มกรมธรรม์ กรุณาแนบเอกสารเพื่อยืนยันพร้อมแบบ ฟอร์มนี้

FOR OFFICE USE ONLY

Received date:

□□□□□□□□

1 รายละเอียดผู้เสียชีวิต

ชื่อสกุลของผู้เสียชีวิต

□□□□□□□□□□

เลขที่บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต

□□□□□□□□□□

ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง

□□□□□□□□□□

2 ประเภทของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

การเสียชีวิตของผู้เอาประกัน

การเสียชีวิตของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

3 รายละเอียดของการเสียชีวิต

วันที่

□□□□□□

สถานที่เกิดเหตุ

□□□□□□□□□□

สาเหตุการตาย

□□□□□□□□□□

ชื่อและที่อยู่ของรักษาที่โรงพยาบาล / สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

□□□□□□□□□□

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้รักษา อาการป่วยของผู้เสียชีวิตทั้งหมดที่รักษาภายในห้าปีที่ผ่านมาจนถึงครั้งสุดท้าย

วัน / เดือน / ปี ที่รับการรักษา ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้การรักษา ชื่อโรคและอาการเจ็บป่วย

□□□□□□□□□□

□□□□□□□□□□

4 การติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่

□□□□□□□□□□

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน

□□□□□□□□□□

ที่อยู่

□□□□□□□□□□

อีเมล

□□□□□□□□□□

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกรอก ฟอร์ม กรุณาติดต่อศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ที่ หมายเลข 1159 หรือติดต่อสำนักงานใหญ่ บมจ.กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

บริษัทฯ จะติดต่อท่านตามรายละเอียด ที่แจ้งไว้ในช่องนี้

5 กรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับทั้งหมด

ชื่อบริษัทประกันภัย	เลขที่กรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สถานะการเรียกร้อง สินไหม

6 วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

โอนเข้าบัญชี ชื่อ

ธนาคาร สาขา

เลขที่บัญชี

- (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชี)
- โปรดทำเครื่องหมายในช่องด้านล่าง เพื่อระบุสถานะของเจ้าของบัญชีในการโอน
- ผู้รับผลประโยชน์โดยชอบธรรม
 - ผู้รับมอบอำนาจ (โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์ โดยบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การพิจารณาจนกว่าจะได้รับการอธิบาย)
 - อื่นๆ โปรดระบุ.....

7 คำประกาศและการอนุญาต

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

- การรับรองสถานะ
- ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ไม่มี
 - มี โปรดระบุ
 - ถือสัญชาติอเมริกัน
 - เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 - ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
- ไม่เป็น
 - เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ไม่มี
 - มี
- ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
- ไม่มี
 - มี
- ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
 - 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หาก สถานะ หรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ถ้อยแถลงของผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ใน กฎหมาย FATCA ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้า แสดงเอกสารหลักฐานใดๆหรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศ สหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอก กล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ ตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับ ประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง ข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้าพเจ้า ชื่อ วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี

ที่อยู่

มีความสัมพันธ์เป็น ของผู้เสียชีวิต และเป็น

- ผู้รับประโยชน์/ผู้รับมอบอำนาจกรณีผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล
 ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ภายใต้อำนาจกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -
 ขอรับเงินสินไหมโดยวิธี ส่งเช็ค/ตัวแลกเงิน ให้ตามที่อยู่ข้างบน
 ส่งเช็ค/ตัวแลกเงินผ่านตัวแทน

ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงในนามตนเองและบุคคลอื่นที่อ้างถึงในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้ (“บุคคลที่ เกี่ยวข้อง”) ว่า

ข้อความทั้งหมดและการตอบคำถามต่างๆ ที่ให้ไว้ ไม่ว่าจะเขียนด้วยลายมือของข้าพเจ้าเองหรือไม่ก็ตาม ถือเป็น ความรับรู้และความเชื่อของข้าพเจ้าโดยแท้ว่าถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงว่าข้าพเจ้าได้รับอำนาจอย่างเต็มที่และความยินยอมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องใน คำประกาศและตกลงดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าอนุญาตในนามของตนเอง ผู้เอาประกัน และ บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหลาย แก่

- (1) นายจ้าง แพทย์จดทะเบียน โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกัน ธนาคาร หน่วยงานราชการ หรือหน่วย งานอื่นๆ บุคคลหรือองค์กรใดๆ ที่มีบันทึกหรือรับรู้เกี่ยวกับข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน หรือ บุคคลที่ได้รับความคุ้มครอง และผู้ซึ่งได้เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน ผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ให้สามารถเปิดเผยและจัดหาข้อมูลและบันทึกซึ่งอาจมีการร้องขอจากบริษัทฯ ให้กับบริษัทฯ
- (2) บริษัท หรือ แพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ทำการตรวจร่างกาย หรือการตรวจเช็คทางห้องปฏิบัติการ เพื่อ ประเมินผลทางการแพทย์และทดสอบ เพื่อที่จะประเมินสถานะทางสุขภาพของข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน และผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องนี้

การอนุญาตดังกล่าวนี้จะผูกพันถึงทายาท ผู้รับโอน ของข้าพเจ้า และยังคงมีผลผูกพันไม่ว่าโดยการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ สำเนาของการอนุญาตนี้ให้ถือว่ามีความผูกพันสมบูรณ์เทียบเท่าคำประกาศและการ อนุญาตฉบับจริงที่ข้าพเจ้าได้มีอำนาจเต็มและยินยอมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้า / เรา ไม่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า/เรา เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และไม่ ประสงค์จะรับเอกสารส่งเสริมทางการตลาดแบบตรงใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กร สถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า ทั้งในอดีต และปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษา ทั้งหมดแก่บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับ มอบหมาย และสำเนาภาพถ่าย หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ถือว่ามีความบังคับได้

ผู้เรียกร้องสินไหม ลายเซ็น ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต วันที่

8 เอกสารแนบ

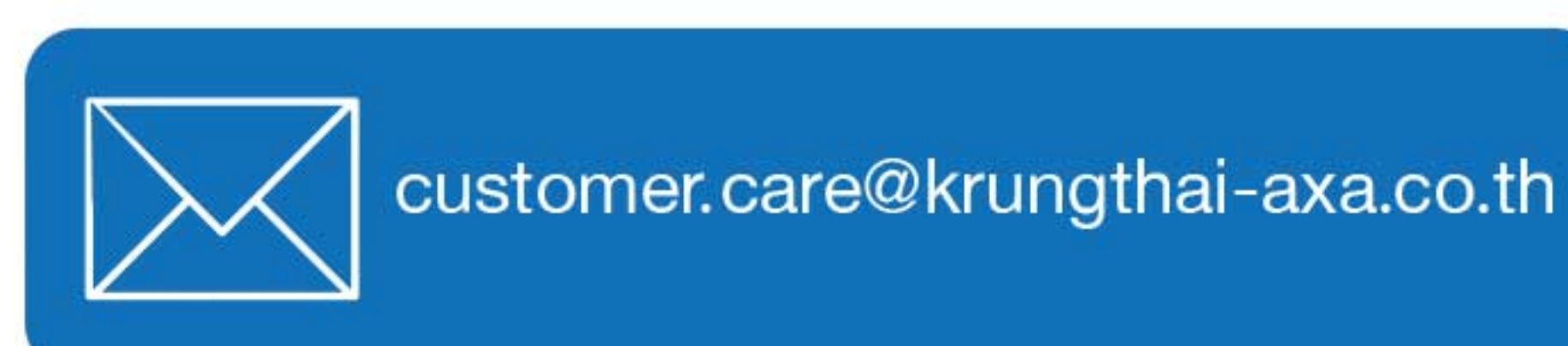
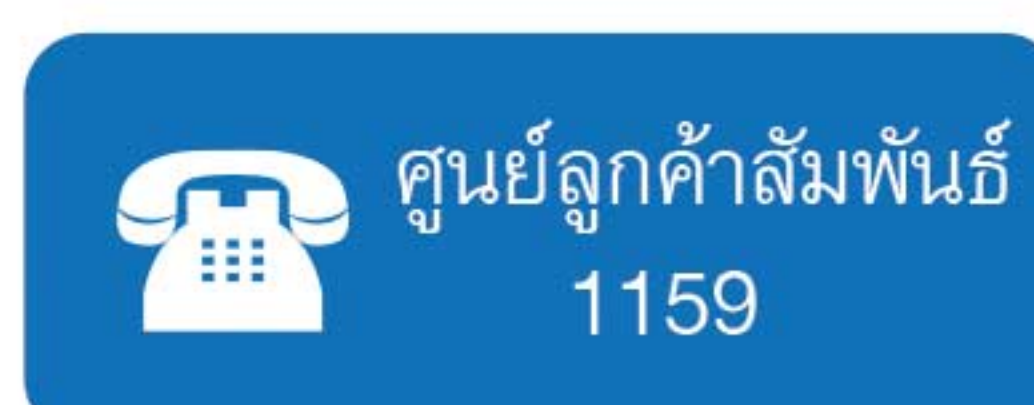
โปรดทำเครื่องหมายในช่องเอกสารที่แนบมาพร้อมกับใบเรียกร้องค่าสินไหมฉบับนี้ กรณีที่แนบเอกสารสำคัญมาไม่ครบ ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาสินไหม หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

No.	เอกสารที่ต้องการ	กรณีเสียชีวิตด้วยโรค/เจ็บป่วย	กรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ
1	ถ้อยแถลงของผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (ฟอร์มบริษัท)	✓	✓
2	ใบมรณบัตรต้นฉบับ	✓	✓
3	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์)	✓	✓
4	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันที่มีการจำหน่าย "ตาย" (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์)	✓	✓
5	สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์)	✓	✓
6	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์)	✓	✓
7	สำเนาสมุดบัญชีหน้าแรกของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน	✓	✓
8	สำเนารายงานประจำวันของตำรวจ (ข้อไป - ข้อกลับ)	✗	✓
9	สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ (ด้านหน้า - ด้านหลัง)	✗	✓
10	ใบมอบอำนาจกรณีเสียชีวิต (ฟอร์มบริษัท)	*	*
11	สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล	*	*

- ✓ จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา
- ✗ ไม่จำเป็นต้องนำส่ง
- * ใช้ประกอบการพิจารณาในบางกรณี

9 การติดตามสถานะสินไหม

ท่านจะได้รับข้อความหรืออีเมลหลังจากบริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหม หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ตามช่องทางต่อไปนี้



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ยืนยันที่จะทำให้การเรียกร้องค่าสินไหมของท่านเป็นไปด้วยความรวดเร็วและไม่ซับซ้อน ขอขอบคุณที่ให้ความไว้วางใจในบริษัทฯ เรายินดีที่จะให้บริการท่านอย่างดีที่สุด