

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลวที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
 ถนนพหลโยธิน 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -
 ■ ใบเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งท่านเท่านั้น
 ■ บริษัท ฯ เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มนี้ไว้ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้อมูลตัวแทน/ผู้ให้บริการ : ชื่อ-สกุล
 เบอร์โทร อีเมล
 สำหรับตัวแทนหรือพนักงานบริษัท ฯ
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้พบกับผู้รับประโยชน์ ตามที่ได้ลงนามในแบบฟอร์มนี้ และได้ดำเนินการระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้รับประโยชน์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
 ลายมือชื่อ ตัวบรรจง (ตัวแทนหรือพนักงานบริษัท ฯ) 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 สัญชาติ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน
 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน
 ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับการจัดส่งเอกสาร
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ อีเมล



5. ช่องทางการรับเงินสินเชื่อมรณกรรม และเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ (ถ้ามี)

โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร)

ธนาคาร ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

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

วันที่

ลายมือชื่อ ผู้รับประโยชน์
()

ลายมือชื่อ
()

บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ พยาน
()

หมายเหตุ : กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ หากลงนามด้วยตนเอง กรุณาให้บิดา / มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ร่วมลงนาม

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท กรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือนักคณิตศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อรวมถึงให้ความยินยอมสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยระหว่างบริษัท กับผู้แทนของบริษัท เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์ *) และผู้เอาประกันภัยที่รวมภัย ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

วันที่

ลายมือชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
()

ลายมือชื่อ
()

บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ให้ความยินยอม

ลายมือชื่อ พยาน
()

ลายมือชื่อ พยาน
()

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



คำประกาศและการอนุญาต : การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย
Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

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-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัท สามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

- ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
 - 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้าให้หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา 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 บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

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	✓	✓
3. สำเนากรมบัตร (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย "ตาย"(รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประกันภัยทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประกันภัยทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประกันภัย)	✓	✓
8. ใบรายงานแพทย์ กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล	✓	✓
9. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้รับประกันภัยทุกท่าน	✓	✓
10. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน (ข้อไป-ข้อกลับ)	✗	✓
11. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ (ด้านหน้า - ด้านหลัง)	✗	✓
12. ใบมอบอำนาจในการเปิดเผยประวัติที่ลงนามโดยทายาทโดยธรรม (ฟอร์มบริษัท) 3 ชุด	✓	✓
13. กรณีผู้รับประกันภัยที่มีได้ผ่านการระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนโดยตัวแทนหรือพนักงานบริษัท ฯ กรุณานำส่งรูปถ่ายตนเอง พร้อมถือบัตรที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (บัตรประชาชน ใบขับขี่ บัตรข้าราชการ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือหนังสือเดินทาง) เพื่อเปรียบเทียบภาพใบหน้ากับบัตร นำส่งมายังบริษัท ฯ	✓	✓

กรณีชื่อผู้รับประกันภัย ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในเล่มกรมธรรม์ กรุณานำแนบเอกสารเพื่อยืนยันพร้อมทั้งใบเรียกร้องสินไหมนี้



จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา

✗ ไม่จำเป็นต้องนำส่ง

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) ยืนยันที่จะทำการเรียกร้องค่าสินไหมของท่านเป็นไปด้วยความรวดเร็วและไม่ซับซ้อน
ขอคุณที่ให้ความไว้วางใจในบริษัท ฯ เรายินดีที่จะให้บริการท่านอย่างดีที่สุด

8. ช่องทางในการจัดส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน

- ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ถึง
แผนกสินไหมทดแทน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1,20-27
ถนน พระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
- ติดต่อศูนย์บริการลูกค้า สำนักงานใหญ่ ชั้น 1 หรือสาขาของบริษัท ฯ
- ส่งเอกสารผ่านตัวแทนผู้ให้บริการ

