



ทิพยประกันชีวิต

เลขที่ 75/72-75 อาคารโชนเจียมทาวเวอร์ 2 ชั้น 39 สุขุมวิท 19 วัฒนา กรุงเทพฯ 10110

โทรศัพท์ 02-260-5530-49 โทรสาร 02-260-5561, 02-260-5601

www.thaipaylife.co.th

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- 1) เอกสารที่ต้องส่ง กรณีเสียชีวิตทุกกรณี
 - 1.1 ใบเรียกร้องสิทธิเนื่องในมรณกรรม (แบบฟอร์มบริษัท)
 - 1.2 ต้นฉบับใบมรณบัตร หากเป็นสำเนาต้องให้ทางหน่วยงานที่ออกใบมรณบัตรประทับตรารับรองสำเนาถูกต้อง
 - 1.3 สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัยและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ทุกท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 1.4 สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัยที่ประทับ "ตาย" พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 1.5 สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์ทุกท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 1.6 ใบรายงานของแพทย์ (ตามแบบฟอร์มบริษัท)
 - 1.7 กรมธรรม์ หรือใบรับรองการเอาประกันภัยต้นฉบับ
- 2) เอกสารเพิ่มเติมจากข้อ (1) ในกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ถูกฆาตกรรมฆ่าตัวตายหรือเสียชีวิตโดยเหตุผิดธรรมชาติ
 - 2.1 สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง
 - 2.2 สำเนาใบชันสูตรพลิกศพทั้ง 2 หน้า (ด้านหน้าและด้านหลัง)
- 3) เอกสารที่ต้องส่งในกรณีคำรักษาพยาบาลและศัลยกรรม ค่าชดเชยรายวัน ค่าทดแทนกรณีอุบัติเหตุ
 - 3.1 ใบเรียกร้องค่าทดแทนคำรักษาพยาบาลและศัลยกรรม ค่าชดเชยรายวัน ค่าทดแทนกรณีอุบัติเหตุ (ตามแบบฟอร์มบริษัท)
 - 3.2 ใบรับรองแพทย์ผู้ตรวจรักษา (ตามแบบฟอร์มบริษัท)
 - 3.3 ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับคำรักษาพยาบาล และใบสรุปรายการคำรักษาพยาบาล (กรณีเรียกร้องคำรักษาพยาบาลและศัลยกรรม)
 - 3.4 ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล และใบสรุปรายการคำรักษาพยาบาล
- 4) เอกสารอื่นๆ ที่ต้องส่งเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี
 - 4.1 หนังสือรับรองการเป็นพนักงานที่แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วันที่เข้าทำงาน, ตำแหน่งงานและเงินเดือนปัจจุบันจากฝ่ายบุคคลของบริษัทฯ ซึ่งลงนามโดยผู้มีอำนาจของบริษัทฯ
 - 4.2 ใบเซ็นชื่อรับเงินเดือน ในงวดสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (ถ้ามี)
 - 4.3 สำเนาสูติบัตรผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
 - 4.4 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ ในกรณีที่ข้อมูลไม่ตรงกับระบุไว้ในกรมธรรม์ หรือ ใบรับรองการเอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ฝ่ายสินไหมทดแทน

โทร. 02-260-5536 -43 ต่อ 415, 612, 613, 646

โทรสาร 02-2605561, 02265601



ทิพยประกันชีวิต

เลขที่ 75/72-75 อาคารเอเชียนทาวเวอร์ 2 ชั้น 30 สุขุมวิท 19 วัฒนา กรุงเทพฯ 10110

โทรศัพท์: 02-260-5536-43 โทรสาร: 02-260-5551, 02-260-5552

WWW.dnipaylife.co.th

ใบเรียกร้องสิทธิเงินองโงมรณกรรม

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่..... นามนายจ้าง.....

ใบรับรองเลขที่..... นามลูกจ้าง.....

กรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อ-สกุลของผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

1.ก. วัน เดือน ปี เวลา และอายุขณะถึงแก่กรรม	ก. วันที่.....เวลา.....น. อายุ.....มี
ข. สาเหตุแห่งมรณกรรม	ข.
ค. สถานที่ถึงแก่กรรม	ค.
2.กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ฆาตกรรม หรือไม่ทราบสาเหตุ	ก. วันที่.....เวลา.....น.
ก. โปรดแจ้งวัน เวลา และสถานที่เกิดอุบัติเหตุ	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....
ข. อุบัติเหตุ / เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร	ข.
3.กรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย	
ก. ความเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ตายมีอาการหรือเริ่มป่วยตั้งแต่เมื่อใด	ก.
ข. ผู้ตายเริ่มเข้ารับการรักษาจากแพทย์เมื่อใดและสถานพยาบาลใด	ข.
4.ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ผู้ตายมีอาการและทำการรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย / บาดเจ็บอุบัติเหตุอะไรหรือไม่ รักษาที่ไหน เมื่อไร
5.ชื่อของแพทย์ที่ทำการรักษาขณะถึงแก่กรรม
สถานพยาบาลโรงพยาบาล
6.ผู้ตายทำประกันไว้กับบริษัทอื่นใดหรือได้รับเงินสงเคราะห์จากองค์กรอื่นใดหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท / องค์กร วันที่ทำประกัน จำนวนเงินเอาประกันภัยและ เลขที่กรมธรรม์/ จำนวนเงินสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุรายละเอียด) <input type="checkbox"/> ไม่มี บริษัท / องค์กร..... จำนวนเงิน.....บาท กรมธรรม์เลขที่.....
7. ก. ใครเป็นเจ้าของภาพจัดงานศพ	ก).....
ข. สถานที่ฝัง/ เผา หรือปลงศพ	ข).....
ค. วันที่ฝัง/ เผา หรือปลงศพ	ค).....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, บริษัทประกันชีวิตหรือองค์กร, สถานพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพ ข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ไขสันงยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษา และดำเนินบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อ บริษัททิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันมีสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้องสิทธิ/ผู้รับประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลูกจ้างผู้มรณกรรมรายนี้ ขณะเกิดการมรณกรรมได้เป็นลูกจ้างประจำของนายจ้างที่กล่าวข้างต้นจริง

ลงชื่อ.....นายจ้าง / ผู้มีอำนาจ