

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (DEATH Claim Form)

(บันทึกของผู้รับประโยชน์)

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย.....กรมธรรม์เลขที่.....
2. รายละเอียดเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....
รายละเอียดการเกิดเหตุ.....
.....
3. อวัยวะที่บาดเจ็บ และลักษณะบาดแผล
4. ก่อนเกิดเหตุผู้เอาประกันภัยไปทำอะไร.....
ที่ไหน.....กับใคร.....
5. วันที่เสียชีวิต.....เวลา.....สถานที่.....
6. สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต
7. ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษาก่อนเสียชีวิต 1..... 2.....
8. ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา
9. ชื่อพยานที่เห็นเหตุการณ์.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....หมายเลขโทรศัพท์.....
10. ขณะเกิดเหตุผู้เอาประกันภัยประกอบอาชีพอะไร.....
11. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันอุบัติเหตุไว้กับบริษัทอื่นใดหรือไม่ มี ไม่มี
ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย.....จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม.....
12. ความคิดเห็นเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ เขียนที่.....
ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง (ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์) หมายเลขโทรศัพท์.....
()

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใดกระทำการตรวจและรักษาผู้ตายดังกล่าว มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือ ผู้แทนที่ได้รับมอบ
อำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือการแพทย์
ของผู้ตายได้ อนึ่งสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม.....ผู้เรียกร้อง
()

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....