

**แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม/ยกเว้นชำระเบี้ยเนื่องจากผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต**

<b>รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย (ผู้เสียชีวิต)</b> ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี หมายเลขประจำตัวประชาชน.....อาชีวะ..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่..... ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
--	--

**รายละเอียดการมรดกกรม**  
 มรดกกรมวันที่.....สถานที่.....เวลา.....  
 สาเหตุ.....

วันที่รักษา	สถานพยาบาล	โรค/อาการป่วย
.....	.....	.....
.....	.....	.....

ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**รายละเอียดของผู้รับประโยชน์ทายาท/ผู้เรียกร้อง**

1. ....	ความสัมพันธ์.....	ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....
2. ....	ความสัมพันธ์.....	ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....
3. ....	ความสัมพันธ์.....	ที่อยู่ปัจจุบัน.....	โทรศัพท์.....

**จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมรดกกรม ดังนี้**

กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ เช่น เจ็บป่วย ฯลฯ

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรม  สำเนาบัตรประชาชนสำเนาทะเบียนบ้านจำนวน 4 ชุด ของผู้เสียชีวิต

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรดกกรม  สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน

มรณบัตรฉบับจริง และสำเนามรณบัตร  หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ)

กรมธรรม์ประกันชีวิต / ใบรับรองการเอาประกันภัยกลุ่ม  อื่นๆ กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง

กรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ เช่น อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย หรือเสียชีวิตไม่ปรากฏสาเหตุ ฯลฯ เอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

สำเนาบันทึกประจำวันของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ  รายงานการตรวจศพ กรณีที่มีการผ่าพิสูจน์ศพ

สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

สำเนาสูติบัตร สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

**หมายเหตุ : สำเนาเอกสารทุกฉบับจะต้องรับรองสำเนาโดยทายาทหรือผู้รับประโยชน์ที่เป็นทายาทหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ➡ ลงชื่อ.....  
 ( ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ) ( ผู้รับประโยชน์ ผู้แทน โดยชอบธรรม/ผู้ทำการแทน )  
 วันที่..... วันที่.....

**หนังสือให้ความยินยอม**  
 ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษาผู้เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

➡ ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม (ทายาท) วันที่.....

## ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรณกรรม

ชื่อ-สกุลของผู้ถึงแก่กรรม.....อายุ.....  
 ที่อยู่.....  
 ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา..... เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN).....  
 ชื่อแพทย์ที่รักษา..... เลขที่ผู้ป่วยใน (AN).....

## รายละเอียดมรณกรรม

- ก. วันที่ถึงแก่กรรม.....เวลา.....สถานที่.....  
 ข. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม.....  
 ค. สาเหตุหน้า คือ.....สาเหตุแทรกซ้อน คือ.....
- ก. ผู้ถึงแก่กรรมเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....  
 ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ อย่างไรบ้าง  
 .....  
 ค. อาการของโรคหรืออาการผิดปกติตามข้อ ข. นั้น เป็นมานานเท่าใด (โปรดระบุวันเดือนปีที่มีอาการผิดปกติ).....
- ก. ท่านผู้จกกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....  
 ข. อาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของการถึงแก่กรรมเป็นมานานเท่าใด.....  
 ค. จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ หรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุโรค).....
- ก. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....  
 ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่.....  
 ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....  
 ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....  
 จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....  
 ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมทางใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือที่פקอาศัย.....
- มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการแพทย์หรือไม่ หากมีกรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจ.....
- ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และ/หรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียด  

วันที่รักษา	ชื่อแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
- ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ต่ำหนักหรือแผลเป็น.....
- ความเห็นอื่นๆ.....

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

คุณวุฒิ..... ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้รักษา

(.....)

วันที่.....