

## เอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีมรณกรรม

### **\*\* เอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย \*\***

1. สำเนาใบมรณบัตร (ให้เจ้าหน้าที่รับรองสำเนา)
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต
3. สำเนาทะเบียนบ้านคัดชื่อตาย (มีการประทับตราคำว่า ตาย ในทะเบียนบ้าน)
4. เอกสารใบผู้รับผลประโยชน์ฉบับจริง (กรณีที่ลูกค้ำเป็นผู้เก็บเอกสารเอง)
5. เอกสารแบบอ้างสิทธิ ข. หรือรายงานแพทย์ หรือหนังสือรับรองการเสียชีวิตจากโรงพยาบาล
6. แบบฟอร์มอ้างสิทธิ ก. (กรณีที่ผู้รับผลประโยชน์ 1 ท่าน / 1 ใบ)  
กรณีบริษัทเป็นผู้รับผลประโยชน์ ให้ผู้มีอำนาจเป็นคนลงนาม พร้อมประทับตราบริษัท
7. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร ของผู้รับผลประโยชน์
8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ทุกท่าน
9. หนังสือรับรองเงินเดือน หรือสลิปเงินเดือนเดือนล่าสุด (กรณีที่ผู้เอาประกันได้ทุนประกันเป็นเท่า  
-ของเงินเดือน)

### **\*\* เอกสารเรียกร้องค่าสินไหมกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ การถูกฆาตกรรม \*\*** ต้องใช้เอกสารเพิ่มเติมจากเอกสารข้างต้น ดังนี้

1. สำเนาบันทึกระงับประจำวันเกี่ยวกับคดี
2. รายงานการชันสูตรพลิกศพ

### **\*\* เอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีประสบอุบัติเหตุ สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวร \*\*** เอกสารประกอบที่ต้องใช้ มีดังนี้

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมกรณีประสบอุบัติเหตุ พร้อมทั้งให้แพทย์กรอกรายงานแพทย์แนบ
2. สำเนาบันทึกระงับประจำวันเกี่ยวกับคดี (กรณีที่ประสบอุบัติเหตุจราจร)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน
4. ประวัติการรักษา และ OPD CARD ตั้งแต่วันแรกที่ประสบอุบัติเหตุ จนถึงรายงานแพทย์ครั้งล่าสุด
5. รูปถ่ายหน้าตรง. เต็มตัว และบริเวณอวัยวะที่ได้รับความสูญเสีย หรือได้รับบาดเจ็บของผู้เอาประกัน

นายบุญญฤทธิ์ เมืองชุม (สินไหมประกันกลุ่ม)

บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 23/115-121 รอยัลซิติ์อเวนิว (อาร์ซีเอ)

ถนน พระราม 9 เขต ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ (66) 2 777-8470 แฟกซ์ (66) 2 777 – 8437-8

อีเมล boonyarit\_m@bla.co.th



บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

23/115-121 รอยัลดีเวลอป เม.ร.ราม 9 เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทร. 0-2777-8888 โทรสาร 0-2777-8899 Call Center 0-2777-8000

คำแถลงของผู้อ้างสิทธิ

แบบอ้างสิทธิ ก.

(ให้กรอกข้อความโดยบุคคลซึ่งมีสิทธิตามกฎหมายในจำนวนเอาประกันภัยตามกรมธรรม์)

กรมธรรม์ฉบับที่.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

คำถาม	คำตอบ															
๑. บอกชื่อ (เต็ม) อาชีพหรือการงาน, อายุ และ ที่อยู่ของบุคคลที่อ้างสิทธิตามกรมธรรม์ พร้อมกับความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย	๑. ชื่อ..... อาชีพ.....อายุ.....ปี ที่อยู่..... ความเกี่ยวข้อง.....															
๒. ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์หรือไม่? ถ้าไม่ ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องค่าชดใช้รายนี้	๒. ....															
๓. (ก) บอกชื่อ, อาชีพครั้งสุดท้าย และที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้ตาย  (ข) ที่ที่ตายและวันที่ตาย ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย สาเหตุที่ทำให้เกิดตายทันทีและอายุขณะตายของผู้เอาประกันภัย	๓. (ก) ชื่อ..... อาชีพครั้งสุดท้าย..... ที่อยู่ครั้งสุดท้าย..... (ข) ที่ที่ตาย..... วันที่ตาย..... ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย..... สาเหตุที่ตายในทันที..... อายุขณะตาย.....															
๔. ผู้ตายมีประกันชีวิตไว้อีกหรือไม่? ถ้ามี บอกชื่อบริษัท ปี และเลขที่กรมธรรม์	๔. ....															
๕. (ก) ผู้ตายได้ป่วยในครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร และตั้งแต่เมื่อใด (ข) การป่วยครั้งสุดท้ายมีอาการอย่างไร	๕. (ก)..... (ข).....															
๖. ชื่อแพทย์ผู้รักษาระหว่างป่วยครั้งสุดท้าย	๖. ....															
๗. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาหารือสามปีสุดท้ายโปรดแจ้งด้วยว่าแพทย์คนใดบอกว่าป่วยเป็นอะไร	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อและที่อยู่ของแพทย์</th> <th>วันรักษา</th> <th>โรค</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(๑) .....</td> <td>(๑) .....</td> <td>(๑) .....</td> </tr> <tr> <td>(๒) .....</td> <td>(๒) .....</td> <td>(๒) .....</td> </tr> <tr> <td>(๓) .....</td> <td>(๓) .....</td> <td>(๓) .....</td> </tr> <tr> <td>(๔) .....</td> <td>(๔) .....</td> <td>(๔) .....</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์	วันรักษา	โรค	(๑) .....	(๑) .....	(๑) .....	(๒) .....	(๒) .....	(๒) .....	(๓) .....	(๓) .....	(๓) .....	(๔) .....	(๔) .....	(๔) .....
ชื่อและที่อยู่ของแพทย์	วันรักษา	โรค														
(๑) .....	(๑) .....	(๑) .....														
(๒) .....	(๒) .....	(๒) .....														
(๓) .....	(๓) .....	(๓) .....														
(๔) .....	(๔) .....	(๔) .....														

ข้าพเจ้า.....ในฐานะทายาทตามกฎหมาย เกี่ยวข้องเป็น.....  
ของ.....ขอยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย หรือองค์การสถาบัน ที่ทำการตรวจรักษาหรือบุคคลอื่นซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวทั้งในอดีต และปัจจุบันที่เกี่ยวกับสุขภาพของ.....  
.....เปิดเผยรายละเอียดต่างๆ รวมทั้งการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือการเจ็บป่วยอื่นๆ ทั้งหมด  
แก่แพทย์ประจำ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....พยาน

นาม (ตัวบรรจง).....

อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ลายมือชื่อ.....พยาน

นาม (ตัวบรรจง).....

อาชีพ.....

ที่อยู่.....



รายงานแพทย์นี้ต้องกระทำโดยนายแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ตายระหว่างบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

This statement is completed by the doctor in attendance during the deceased's last illness or injury and each question should be fully answered.

<p>1. ก. ชื่อของผู้ตาย (Name of deceased)</p> <p>ข. ที่อยู่ (Address)</p> <p>ค. อาชีพ (Occupation)</p>	<p>ก. ....</p> <p>ข. ....</p> <p>ค. ....</p>
<p>2. ก. วันที่ที่ตาย (Date of death)</p> <p>ข. สถานที่ที่ตาย (Place of death)</p>	<p>ก. ....</p> <p>ข. ....</p>
<p>3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital)</p> <p>หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number)</p> <p>หมายเลขผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Admission number)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. ก. สาเหตุที่ทำให้ตาย (Cause of death)</p> <p>ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย (Interval between illness and death)</p> <p>ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)</p> <p>ง. การบาดเจ็บ (Injuries)</p> <p>จ. สาเหตุนำ (Antecedent Cause)</p> <p>ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ (Complication)</p> <p>ช. หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก (If death was due to)</p> <p><input type="radio"/> อุบัติเหตุ (Accident)    <input type="radio"/> อັตตวินิตบาตกรรม (Suicide)</p> <p><input type="radio"/> ฆาตกรรม (Murder)    โปรดอธิบาย (Describe briefly)</p> <p>ซ. สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติดหรือไม่ (Did the death cause by alcoholic intoxication or narcotic drug ? YES/NO)</p>	<p>ก. ....</p> <p>ข. ....</p> <p>ค. ....</p> <p>ง. ....</p> <p>จ. ....</p> <p>ฉ. ....</p> <p>ช. ....</p> <p>ซ. ....</p>
<p>5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่ ถ้าใช่ ระยะเวลาานเท่าใด (How long do you know the deceased)</p> <p>ข. วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of first attendance in last illness)</p> <p>ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of last attendance in last illness)</p>	<p>ก. ....</p> <p>ข. ....</p> <p>ค. ....</p>

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่ ?

ถ้ามีผลเป็นประการใด

(Was an inquest held or autopsy performed? YES/NO

If so, by whom and what findings)

7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ตายในระหว่าง 5 ปีที่ล่วงมา

หรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุสาเหตุ และอาการที่ตรวจพบ

(Have you treated the deceased during the last 5 years prior to last illness? YES/NO)

If so, please furnish cause and nature of ailments.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้ตายเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่

ทราบ  
(Yes)

ไม่ทราบ  
(No)

ถ้าทราบโปรดระบุ

Did the deceased to your knowledge, receive treatment from another physician, or in any hospital institution?

YES/NO If so, please furnish the following ;

วันที่ Date	อาการของโรค Nature of ailment	การวินิจฉัย Diagnosis	ชื่อ, ที่อยู่ของแพทย์ผู้ทำการรักษา Name and address of physician/Hospital
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

9. ความเห็นอื่นๆ

Additional comments.

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ทำการรักษา  
Signature Attending Physician  
(.....)

คุณวุฒิ.....  
Qualification

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์.....  
Licence No.

ที่อยู่.....  
Address

วันที่...../...../.....  
Date