

ใบนำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....

เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ และเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และกาเครื่องหมาย ลงใน หน้ารายการเอกสารที่จัดส่งมา

กรณีเสียชีวิตจากโรค

- ค่าแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องในมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย
- ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
- สำเนาใบมรณบัตรที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการจำหน่าย "ตาย" ของผู้เอาประกันภัยโดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ ต้นฉบับใบรับรองการเอาประกันภัย
- หนังสือยินยอมในการเปิดเผยประวัติที่ลงนามโดยผู้รับประโยชน์หรือทายาทตามกฎหมายแล้วแต่กรณี

กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือเหตุอื่น ยื่นเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ยื่นเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่ บิดา มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

เอกสารเพิ่มเติมอื่นๆ เฉพาะบางกรณีเท่านั้น

- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (กรณีมีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) ทะเบียนสมรส ฯลฯ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุนเท่านั้น)
หากเป็นธนาคารต่างประเทศกรุณาระบุชื่อธนาคาร สาขา ที่อยู่ และรหัสธนาคาร (Swift code)
- เอกสารแสดงยอดหนี้สินคงค้างของผู้เอาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีทำประกันภัยคุ้มครองยอดหนี้บัตรเครดิต)

การจัดส่งเอกสาร

เคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ บมจ.พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) (ชั้น 24) หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกแห่ง

จัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง บมจ. พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน เลขที่ 9/9

อาคารเอทساتร ชั้น 20-27 ถ.สาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ ๑ 10120

ผู้นำส่งเอกสาร.....ผู้รับเอกสาร.....

วันที่นำส่งเอกสาร.....วันที่รับเอกสาร.....

เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรมและค่าแถลงของผู้รับประโยชน์

กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อ-นามผู้สกุลาประกันภัย.....
จำนวนเงินเอาประกันภัย..... วันเริ่มสัญญา.....

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุลาผู้เสียชีวิต..... อายุ..... ปี
ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
อาชีพสุดท้ายก่อนเสียชีวิต..... ตำแหน่ง..... ประกอบอาชีพนาน..... ปี

2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม

ชื่อ- นามสกุลา..... อายุ..... ปี อาชีพ.....
ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

3. รายละเอียดการมรณกรรม

วันที่เสียชีวิต..... สถานที่เสียชีวิต.....
สาเหตุการเสียชีวิต.....

4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรณกรรม

ผู้เอาประกันภัยเริ่มมีอาการหรือเจ็บป่วยมาตั้งแต่วันที่.....
อาการที่สังเกตเห็น.....
ผู้เอาประกันพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งหลังสุดเมื่อวันที่.....
ชื่อแพทย์..... สถานพยาบาลที่ไปพบ.....

5. รายละเอียดแพทย์และสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และในระยะใกล้เคียงกับวันสมัครทำประกันภัย

ชื่อแพทย์และสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา

6. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิต หรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

คำรับรองและความยินยอมของผู้เรียกร้องสิทธิ

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏในใบคำร้องฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุน ดังนี้
 - ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องมรดกกรรมก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องครบถ้วนและอนุมัติเรียบร้อยแล้ว หากบริษัทฯ ได้รับใบเอกสารการเรียกร้องภายหลังเวลา 16.00น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง หากวันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำการได้
 - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้รับประโยชน์ก่อนและบริษัทฯ จะจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง
 - ผู้รับประโยชน์จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขายหน่วยลงทุน และราคารับซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

()

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

()

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

()

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

วันที่(วัน/เดือน/ปี).....

ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่เสียชีวิต.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
 หมายเลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....
 เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป (H.N).....เลขที่ผู้ป่วยใน (A.N).....

1. ก. เสียชีวิตวันที่..... เวลา.....
 ข. สถานที่เสียชีวิต.....
 ค. สาเหตุที่เสียชีวิต.....
 ง. สาเหตุนำคือ.....สาเหตุแทรกซ้อนคือ.....
2. ก. ท่านรู้จักกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....
 ข. ตามความเห็นของท่าน โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด.....
 ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย)
 ถ้ามีโรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด.....
3. ก. ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....
 ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่.....
 ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....
 ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่(หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....
 จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ).....
 ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุปนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย.....
4. มีการตรวจหรือในใบนำส่ง เรียกว่า “ชั้นสูตรพลิกศพ” ตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจด้วย.....
5. ท่านทราบ หรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และหรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบ กรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วันที่	ชื่อแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

6. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้..... ซม น้ำหนัก..... ก.ก. ต่ำหนักหรือผลเป็น.....
7. ความเห็นอื่นๆ.....
 ข้าพเจ้า นพ./พญ.ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....คุณวุฒิ.....
 ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....ที่อยู่.....
 ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....แพทย์

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

()

บริษัทฯไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้ได้มาของเอกสารฉบับนี้

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกี่ยวข้อง
เป็น.....ของ(นาย,นาง,นางสาว).....(“ผู้เอาประกันภัย”)
ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ตกลง
ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการ
รักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว
ให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลง
ยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อ
บริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือ
บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้
ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช่สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อ
เรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่าง
ใด

(ลงชื่อ).....ผู้รับประโยชน์ (ผู้ให้ความยินยอม)
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)