

ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต..... เพศ..... อายุ..... ปี
1) กรมธรรม์เลขที่ 2) กรมธรรม์เลขที่ 3) กรมธรรม์เลขที่

1. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
2. อาชีพขณะเสียชีวิต ลักษณะงาน

3. วัน/ เดือน/ ปีที่เสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต

สาเหตุที่เสียชีวิต.....

4. ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาล ดังนี้

ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้รักษา	โรงพยาบาล/ คลินิก	วันที่รักษา	โรค หรือ อาการเจ็บป่วย
.....
.....

5. ผู้เสียชีวิตมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทใด (โปรดระบุรายละเอียด)

ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์	วันที่ทำสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....
.....

6. ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ โปรดระบุความสัมพันธ์ของท่านกับผู้เสียชีวิต.....
วันเดือนปีเกิด เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

7. วิธีการรับเงินสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์(ถ้ามี) โปรดเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง

โอนเงิน โปรดระบุบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ธนาคาร.....
(โปรดแนบสำเนาสมุดคู่มือฝากหน้าทีระบุบัญชี และเลขที่บัญชี กรณีเลือกโอนเงิน)

เช็คผ่านไปรษณีย์ เช็คผ่านตัวแทน

ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) "บริษัทฯ" จะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าให้ไว้และเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ข้าพเจ้าระบุในเอกสารนี้ และอื่นใดตามความจำเป็นที่เกี่ยวข้องตามแนวทางการประมวลผลข้อมูลของบริษัทฯที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัวที่ <https://www.tokiomarine.com/th-life/global/privacy-policy.html> หรือสแกน QR Code แล้ว ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอ่อนไหวอื่นๆ ให้กับบุคคลอื่น เช่น ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ข้าพเจ้าระบุในเอกสารนี้ ข้าพเจ้า รับผิดชอบต่อและตกลงว่า หากข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม หรือใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอม บริษัทฯอาจไม่สามารถให้บริการหรือปฏิบัติตามสัญญาให้กับข้าพเจ้าได้ทั้งหมดหรือบางส่วน



หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ไปสั่งยา การให้คำปรึกษา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อ บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) "บริษัทฯ" หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันนี้สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การให้ความยินยอม และ การแถลงข้อเท็จจริงต่างๆ ที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทฯ นั้น ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยืนยันความถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ และตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯตามที่แจ้งในแบบฟอร์มนี้เรียบร้อยแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อทำเอกสารนี้เป็นหลักฐาน

วันที่

ผู้รับประโยชน์ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์.....

(.....) (.....)

พยาน พยาน

(.....) (.....)

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 16 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
2. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุตั้งแต่ 16 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
3. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือใด ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

<p>1. ชื่อผู้เสียชีวิต (Deceased's Name in full)..... เพศ (Sex) อายุ (Age) ปี น้ำหนัก (Weight).....กิโลกรัม (Kilograms) ส่วนสูง (Height).....เซนติเมตร (Centimeters) H.N. A.N..... ที่อยู่ (Address)..... อาชีพ (Occupation).....</p>	
<p>2. ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด / How long had you known the deceased?.....</p>	
<p>3. ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด / When had you been the medical attendant or adviser of deceased? And from what disease?.....</p>	
<p>ข. การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Did the deceased receive any treatment before death? If yes, please specify the doctor's name.</p>	
<p>4. ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ / Did you attend deceased during his last illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ข. ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร / If so, for what disease? ค. วันที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your first visit? ง. วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your last visit?</p>	
<p>5. ก. สถานที่ที่เสียชีวิต / Place of Death ข. วันที่เสียชีวิต / Date of Death ค.เวลาที่เสียชีวิต / Time of Death</p>	
<p>6. ก. สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ / What was the immediate cause of death? ข. โรค / อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด / How long did deceased suffer from this disease? ค. ตามความเห็นของท่านโรค/ อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด / In your opinion, how long did the deceased suffer from this disease?</p>	
<p>7. ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด / From what other important disease, if any, did the deceased suffer?</p>	
<p>8. ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่ / ถ้ามี วัตถุนั้นเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือไม่ / Did deceased use alcohol or narcotics? / If so, did they contribute to the fatal disease?</p>	
<p>9. ผู้เสียชีวิตได้รับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ / Test for Alcohol level? If yes, what is the result? <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Done: Result.....</p>	
<p>10. ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหาเลือดโรคเอดส์หรือไม่ / Test for HIV? If yes, what is the result? <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Done: Result.....</p>	
<p>11. การเสียชีวิตครั้งนี้มีการผ่าพิสูจน์ศพ /ชันสูตรพลิกศพหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Is there the autopsy? If yes, please state <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	
<p>เขียนที่: Sign at..... วันที่: Date.....</p>	
<p>อำเภอ: District..... จังหวัด: Country of</p>	
<p>ลงชื่อ: Signature..... คุณวุฒิ: Qualification</p>	
<p>ชื่อและที่อยู่ (โปรดเขียนตัวบรรจง) : Name address (Please print).....</p>	



แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมทดแทน

ชื่อผู้เสียชีวิต.....กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ / ใบรับรองการประกันภัยเลขที่

ชื่อผู้นำส่ง..... ผู้รับประโยชน์ ตัวแทน อื่นๆ (โปรดระบุ)

โทรศัพท์..... วันที่.....

ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน <input type="checkbox"/> เฉพาะรายการที่จัดส่งมา	ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ เท่านั้น	
	ไม่ได้รับ	รายละเอียด
เอกสารที่ต้องส่งทุกกรณี		
<input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ *หนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคน*	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2. ภาพถ่ายผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประจำตัวประชาชน *หนึ่งภาพต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคน*	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับประโยชน์ทุกคน	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4. สำเนานำสมุดบัญชีธนาคาร ของผู้รับประโยชน์ กรณีที่ต้องการให้โอนผลประโยชน์เข้าบัญชีธนาคาร	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 5. สำเนาใบมรณบัตรหรือหลักฐานรับรองการตายที่ออกโดยหน่วยงานราชการหรือสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการออกเอกสารหลักฐานดังกล่าว ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 6. สำเนาทะเบียนบ้าน ที่มีการแจ้งการตายของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 8. แบบฟอร์มการพิสูจน์ทราบตัวตน สำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สำหรับตัวแทนประกันชีวิต / เจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 9. รายงานประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน (รายงานโดยตัวแทน)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 10. กรมธรรม์ประกันภัย เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/>	
เอกสารที่ต้องส่งกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย		
<input type="checkbox"/> 11. ใบรายงานแพทย์ กรณีเสียชีวิตที่บ้านให้ใช้สำเนานั่งสือรับแจ้งการตายแทน	<input type="checkbox"/>	
เอกสารที่ต้องส่งกรณีเสียชีวิตโดยเหตุผิดธรรมชาติ เช่น อุบัติเหตุ ถูกฆาตกรรม ฆ่าตัวตาย ถูกสัตว์ทำให้ตาย ตายโดยไม่ทราบสาเหตุ		
<input type="checkbox"/> 12. สำเนานบันทึกประจำวัน และรายงานสรุปการสอบสวนเกี่ยวกับคดี (ถ้ามี) ที่ได้รับรองในหน้าที่จากเจ้าพนักงาน	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 13. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพที่ได้รับรองในหน้าที่จากเจ้าพนักงาน หรือสำเนารายงานการตรวจศพที่ได้รับรองในหน้าที่จากหน่วยงานราชการหรือสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการออกเอกสารหลักฐานดังกล่าว (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	
	เรียกร้องสินไหม	
	<input type="checkbox"/> กรมธรรม์ประกันชีวิต/อุบัติเหตุส่วนบุคคล	
	<input type="checkbox"/> กรมธรรม์ประกันสินเชื่อ	

บริษัทฯ ได้ตรวจสอบเอกสารที่นำส่งข้างต้นแล้ว แต่ยังมีเอกสารที่บริษัทฯ ยังไม่ได้รับ/ที่บริษัทฯ ต้องการเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ลงชื่อผู้รับเอกสาร..... วันที่.....

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้เรียกร้อง (ผู้รับประโยชน์) อายุ.....ปี
 สถานที่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย (ผู้เสียชีวิต).....
 อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 วันที่เสียชีวิต..... สถานที่เสียชีวิต..... สาเหตุการเสียชีวิต เจ็บป่วย อุบัติเหตุ
 ระบุโรค / รายละเอียดอุบัติเหตุ.....

กรมธรรม์เลขที่	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สัดส่วนสิทธิการรับประโยชน์	จำนวนเงินที่เรียกร้อง
2.1.....บาท	ร้อยละ.....
2.2.....บาท	ร้อยละ.....
2.3 รวมจำนวนเงินที่เรียกร้องสิทธิตามผลประโยชน์เงินช่วยเหลือค่าปลงศพเบื้องต้น			

(ทั้งนี้หากจำนวนเงินที่เรียกร้องสูงเกินกว่าสิทธิตามที่ระบุไว้ในบันทึกหลังการจ่ายเงินช่วยเหลือค่าปลงศพเบื้องต้น บริษัทสงวนสิทธิจ่ายผลประโยชน์ตามสิทธิเท่านั้น)

3. วิธีการรับผลประโยชน์เงินช่วยเหลือค่าปลงศพเบื้องต้น (กรุณาเลือกเพียง 1 วิธีเท่านั้น)

3.1 โอนเงิน ชื่อบัญชี (ของผู้รับประโยชน์) เลขที่บัญชี ธนาคาร.....
 (โปรดแนบสำเนาสมุดคู่ฝากหน้าที่จะระบุชื่อบัญชี และเลขที่บัญชี กรณีเลือกโอนเงิน)

3.2 รับเป็นเช็คขีดคร่อมเพื่อเข้าบัญชีชื่อข้าพเจ้า โดยมอบให้.....ตัวแทนเป็นผู้รับเพื่อนำส่งให้ข้าพเจ้า

4. เอกสารที่ต้องนำส่งร่วมกับเอกสารฉบับนี้เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติการจ่ายเงินช่วยเหลือค่าปลงศพเบื้องต้น

	นำส่ง	ไม่นำส่ง
4.1 สำเนาใบมรณะบัตร หรือ สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพกรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติโดยรับรองสำเนาถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) ของทั้งผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ : กรณีที่เอกสารตาม 4.1 ไม่มีเลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

เอกสารสามารถส่งผ่านโทรสาร (Fax) หรืออีเมล โดยนำส่งเอกสารต้นฉบับตามมาภายใน 7 วันทำการ

ก้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) "บริษัทฯ" จะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าให้ไว้และเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ข้าพเจ้าระบุในเอกสารนี้ และอื่นใด ตามความจำเป็นที่เกี่ยวข้องตามแนวทางการประมวลผลข้อมูลของบริษัทที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัวที่ <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> หรือ สแกน QR Code แล้ว ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ และ/หรือประวัติการรักษา หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอ่อนไหวอื่นๆ ให้กับบุคคลอื่น เช่น ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น หรือตัวแทนของบริษัท เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ข้าพเจ้าระบุในเอกสารนี้ ข้าพเจ้า รับทราบและตกลงว่า หากข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม หรือใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอม บริษัทอาจไม่สามารถให้บริการหรือปฏิบัติตามสัญญาให้กับข้าพเจ้าได้ทั้งหมดหรือบางส่วน

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพข้อมูลอื่น ๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อ บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) "บริษัทฯ" หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันมีสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การให้ความยินยอม และการแถลงข้อเท็จจริงต่างๆ ที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทฯ นั้น ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยืนยันความถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ และตรงตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯตามที่แจ้งในแบบฟอร์มนี้เรียบร้อยแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อทำเอกสารนี้เป็นหลักฐาน

วันที่

ผู้รับประโยชน์ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์.....
 (.....) (.....)

พยาน พยาน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 16 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 2. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุตั้งแต่ 16 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
 3. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือใด ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
 1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา
 เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 02 650 1400 tokiomarine.com
 เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103

แบบฟอร์มการพิสูจน์ทราบตัวตน สำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Identification Form for Request of Claim
 สำหรับตัวแทนประกันชีวิต / เจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ

วันที่ (Date)/...../.....

กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.)

ผู้ทำการพิสูจน์ทราบตัวตน (Authenticator)

ชื่อ (Name) นามสกุล (Surname)

ตัวแทนประกันชีวิต (Life Insurance Agent) เลขที่ใบอนุญาตตัวแทน (Agent License No)

เจ้าหน้าที่บริษัทฯ (Staff) รหัสพนักงาน (Staff ID)

ได้พบและดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของ (have met and proceeded to verify the identity of)

ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เยาว์ (Father/mother/legal guardian of a minor)

ทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ (Legal heir of the insured or beneficiary)

ดังรายชื่อต่อไปนี้ (as listed below.)

ลำดับ (No.)	ชื่อ - นามสกุล (Name - Surname)	เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID Card No.)
1		
2		
3		
4		
5		

ผู้ทำการพิสูจน์ทราบตัวตน (Authenticator)

()

หมายเหตุ (Remarks) :

- กรณีพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปีบริบูรณ์ โดยบุคคลดังกล่าวมีบัตรประจำตัวประชาชนแล้ว ให้ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลนั้น (If a person is not over 16 years old and has an ID card, identify, and verify the person's identity.)
- กรณีพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปีบริบูรณ์ โดยบุคคลดังกล่าวยังไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ให้ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ที่ชอบด้วยกฎหมายของบุคคลนั้น พร้อมทั้งขอสำเนาสูติบัตรของบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปีบริบูรณ์ดังกล่าวด้วย (If a person is not over 16 years old and does not have an ID card, a father/mother/legal guardian of such person is required to identify and verify the identity. In this regard, a copy of the birth certificate of the person under the age of 16 is also required.)



แบบฟอร์มรายงานตัวแทนกรณีเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

ชื่อผู้เสียชีวิต (ผู้เอาประกันภัย) เพศ อายุ ปี
 ที่อยู่
 กรมธรรม์เลขที่ 1. 2. 3.

1. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยเป็นการส่วนตัวหรือไม่ หรือรู้จักในฐานะใด	1.
2. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยมานานเท่าไร	2.
3. ท่านได้รับการแจ้งเสียชีวิตเมื่อใด	3.
4. วันที่เสียชีวิต	4.
5. สถานที่เสียชีวิต	5.
6. สาเหตุที่เสียชีวิต	6.
7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย / บาดเจ็บครั้งสุดท้าย	7.
8. ท่านได้สอบถามเพื่อนบ้านคนใดบ้างในเรื่องเกี่ยวกับการเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย (กรุณาระบุชื่อ-ที่อยู่)	8.
9. จากการสอบถามได้รายละเอียดเป็นประการใด	9.
10. ผู้เอาประกันภัยมีอาชีพอะไร ขณะเสียชีวิต โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ และสถานที่ทำงาน	10.
11. ผู้เอาประกันภัยเคยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล หรือแพทย์ ท่านใดก่อนและในขณะที่เสียชีวิต	11.
12. ท่านพบศพภายหลังการเสียชีวิตหรือไม่ (กรุณาระบุวันที่ หากพบศพ)	12.
13. ท่านได้อยู่ร่วมในพิธีศพของผู้เอาประกันภัยหรือไม่	13.
14. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิต / ประกันภัย ไว้กับบริษัทใดอีก จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งสิ้น	14.
15. รายละเอียดอื่นๆ	15.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

รายงานโดย
 (.....)
 ตำแหน่ง
 โทรศัพท์
 วันที่

ผู้รับประโยชน์ต้องจัดเตรียมเอกสารและระบุข้อมูลลงในแบบฟอร์มของบริษัทและยื่นต่อบริษัทให้ครบถ้วนถูกต้องตามรายการ

แบบฟอร์มนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม ดังนี้

1. แบบเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ * หนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคน *
 - กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 16 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 - กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุตั้งแต่ 16 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
 - กรณีผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล ลงนามโดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนบุคคลดังกล่าวพร้อมประทับตราสำคัญ และหนังสือรับรองของกระทรวงพาณิชย์ และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

2. เอกสารของผู้เอาประกันภัย ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร โดยผู้รับประโยชน์คนใดคนหนึ่ง

3. เอกสารของผู้ชำระเบี้ย ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร โดยผู้เอาประกันภัย

4. เอกสารของผู้รับประโยชน์ ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร โดยผู้รับประโยชน์แต่ละคน
 กรณีที่ผู้รับประโยชน์ เป็นผู้เยาว์ต้องรับรองสำเนาถูกต้อง โดยบิดาหรือมารดาของผู้เยาว์ หรือผู้ปกครองผู้เยาว์ หรือญาติสนิทของผู้เยาว์ พร้อมนำส่งสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรองสำเนาถูกต้องหรือลงนามร่วมกับผู้เยาว์มาด้วย

5. กรณีชื่อและ/หรือนามสกุลของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในสัญญาประกันภัย ให้ยื่นหลักฐานการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต่อบริษัทด้วย

6. กรณีผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมผู้เอาประกันภัยให้นำส่งสำเนาใบมรณบัตรของผู้รับประโยชน์ที่เสียชีวิตด้วย

7. เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งแล้วแต่กรณี
 - สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์ รับรองสำเนาเอกสารถูกต้อง โดยผู้ปกครองผู้เยาว์
 - สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก รับรองสำเนาเอกสารถูกต้อง โดยผู้รับประโยชน์
 - สำเนาคำสั่งศาลให้เป็นบุคคลสถาปนา รับรองสำเนาเอกสารถูกต้อง โดยผู้รับประโยชน์

การยืนยันตัวตน

ภาพถ่ายผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชน **เต็มตัว หรือ ครึ่งตัว** ไม่ให้บัตรบังใบหน้า

* หนึ่งภาพต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคน *

ตัวอย่างภาพถ่ายผู้ใหญ่ หรือ ผู้เยาว์ที่มีบัตรประชาชน

