

**แบบเรียกรองสินไหมมรณกรรมบริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน).**

**CLAIMANT'S STATEMENT**

(สำหรับผู้เรียกร้อง)

**BANGKOK HEALTH INSURANCE PCL**

กรุณาอ่านคำแนะนำด้านหลัง

ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต Name in full	เพศ Sex	อายุ Age
หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัยทั้งหมด / Policy Number (All)	จำนวนเงินเอาประกันภัย / Amount of Assurance	

1. ที่อยู่ปัจจุบัน Residence at death	เลขที่ No.	ถนน Street	ตำบล Sub-District	อำเภอ District	จังหวัด Province
--	---------------	---------------	----------------------	-------------------	---------------------

2. อาชีพขณะเสียชีวิต / Occupation at time of death

3. ก. วันที่เสียชีวิต Date of Death	สถานที่เสียชีวิต Place of Death
ข. เหตุที่เสียชีวิต Cause of death	

4. ผู้เสียชีวิตไปทำงานตามปกติครั้งสุดท้ายเมื่อวันใด ? / On what date did deceased last attend to his usual work ?

5. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ทุกคนที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างการป่วยครั้งสุดท้าย และในระหว่างสามปีก่อนนั้นด้วย Name and address of all physicians who attend deceased during his last illness and during three years prior there to.			
ชื่อ / Name	ที่อยู่ / Address	วันที่รักษา / Date of Attendance	โรค หรือ อาการป่วย / Disease or Condition

6. ผู้เสียชีวิตมีประกันภัยไว้กับบริษัทใดอีก เป็นจำนวนเงินเท่าไร ? / With what other company, and for what amounts, was the life of deceased assured ?			
บริษัท / Company	หมายเลขกรมธรรม์ / Policy Number	วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ / Policy Date	จำนวนเงินเอาประกันภัย / Amount of Assurance

ผู้ลงนามข้างท้ายแบบเรียกรองฉบับนี้ ขอเรียกรองต่อบริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) และยอมรับว่าบันทึกถ้อยคำและหลักฐานประกอบของแพทย์ทุกท่านที่ให้การรักษายาบาลผู้เสียชีวิตรวมทั้งเอกสารอื่นๆที่ใช้ประกอบแบบเรียกรองนี้ทั้งหมด ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการเรียกรองสินไหมมรณกรรมรายนี้ ทั้งยอมรับอีกด้วยว่าการที่บริษัทฯ ได้จัดแบบเรียกรองนี้ให้ หรือแบบพิมพ์อื่นใด ไม่ถือว่าเป็นคำรับรองของบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้นยังมีผลบังคับอยู่ ทั้งไม่ถือว่าเป็นการสละสิทธิข้อต่อสู้ใดๆของบริษัทฯ ด้วย

The undersigned hereby makes claim to said assurance in Bangkok Health Insurance PCL. And agrees that the written statements of all the physicians who attend or treated the assured and all other papers called by the instructions hereon, shall constitute and they are hereby made a part of these Proofs of Death, and further agrees that the furnishing of this form, or of any other forms supplemental thereto, by said company shall not constitute nor be considered an admission by it that there was any assurance in force on life in question, nor a waiver of any its rights or defenses.

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง ( ) ( ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ )  
Signature of claimant ( )

เขียนที่ / Signed at วันที่ / Date  
ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง หมายเลขโทรศัพท์  
Claimant's address Telephone No.

สำคัญ: เพื่อป้องกันการล่าช้า โปรดลงนามบนหนังสือให้ความยินยอมท้ายรายการนี้ / Important: To avoid delay, please sign Authorization at bottom of Report

**หนังสือให้ความยินยอม**

**AUTHORIZATION**

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, บริษัทประกันชีวิตหรือองค์กร, สถานพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพ ข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆต่อ บริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันมีสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any physician, hospital, insurance company or organization that has any records or knowledge of the deceased on his / her health, to disclose to the Bangkok Health Insurance PCL or its representatives any and all information with respect to the accident, his/her health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม ..... สถานที่ติดต่อ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
Signature of claimant ( ) Claimant's address Telephone No.

<b>คำแนะนํา แบบเรียกร้องสินไหมมรณกรรม</b>	
ผู้รับประโยชน์มากกว่า 1 คน	ผู้รับประโยชน์สามารถร่วมกันลงลายมือชื่อผู้เรียกร้อง ในแบบเรียกร้องฉบับเดียวกัน หรือแยกกันคนละฉบับก็ได้
เมื่อสินไหมมรณกรรมต้องจ่ายให้แก่ผู้เยาว์	แบบเรียกร้องต้องลงนามโดยผู้เยาว์และผู้ปกครอง โดยชอบธรรมตามกฎหมาย หรือผู้ที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้ง ให้เป็นผู้ปกครองผู้เยาว์ พร้อมแนบหลักฐานคำสั่งศาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของ ผู้ปกครองผู้เยาว์
เมื่อสินไหมมรณกรรมต้องจ่ายให้แก่ผู้จัดการมรดก	แบบเรียกร้องต้องลงนามโดยผู้ที่มีคำสั่งแต่งตั้งให้เป็น ผู้จัดการมรดก พร้อมแนบหลักฐานคำสั่งศาลและสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้จัดการ มรดก
เมื่อสินไหมมรณกรรมต้องจ่ายให้แก่บริษัทนายจ้าง	แบบเรียกร้องต้องลงนามโดยผู้มีอำนาจลงนามของบริษัท หรือองค์กร พร้อมประทับตราองค์กร