



(สำหรับผู้เรียกร้อง)

กรุณาอ่านคำแนะนำด้านหลัง ก่อนทำบันทึกถ้อยคำฉบับนี้

แบบเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

CLAIMANT'S STATEMENT

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. 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

5. 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

ผู้ลงนามข้างท้ายแบบเรียกร้องฉบับนี้ ขอเรียกร้องต่อบริษัท เอไอเอ จำกัด และยอมรับว่าบันทึกถ้อยคำและหลักฐานประกอบของแพทย์ทุกท่านที่ให้การรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตรวมทั้งเอกสารอื่นๆที่ใช้ประกอบแบบเรียกร้องนี้ทั้งหมด ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมรายนี้ ทั้งยอมรับอีกด้วยว่าการที่บริษัท ได้จัดแบบเรียกร้องนี้ให้ หรือแบบพิมพ์อื่นใด ไม่ถือว่าเป็นคำรับรองของบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้นยังมีผลบังคับอยู่ ทั้งนี้ถือว่าเป็นการสละสิทธิข้อต่อสู้ใดๆ ของบริษัทฯ ด้วย

The undersigned hereby makes claim to said assurance in AIA Company Limited 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 () Beneficiary

เขียนที่ () วันที่ (วัน/เดือน/ปี)
Signed at () Date (DD/MM/YY)

ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง () หมายเลขโทรศัพท์ ()
Claimant's address () Telephone No. ()

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

หนังสือให้ความยินยอม
ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เสียชีวิตที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เสียชีวิตต่อบริษัทประกันภัย หรือ บริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ใดอันหนึ่งสำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

AUTHORIZATION
You agree to authorize any physician, hospital, clinic, related party or other organization that has any health records or knowledge of the deceased to furnish AIA Company Limited with information concerning my medical history and physical condition for the purpose of underwriting and benefit payment under insurance contract. You agree to authorize AIA Company Limited to record, use and disclose your information and health record to any insurance company, reinsurance company, related party, government body or medical personnel for the purpose of underwriting and benefit payment under insurance contract, and medical purpose. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม ()
Signature of claimant ()

สถานที่ติดต่อ () หมายเลขโทรศัพท์ ()
Claimant's address () Telephone No. ()

เอกสารใช้ประกอบการเรียกร้องสินไหมมรดกกรมทุกประเภทของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เอกสารหรือหลักฐาน	มรดกกรม โดยธรรมชาติ	มรดกกรม ผิดธรรมชาติ	หมายเหตุ
1. สำเนาใบมรณบัตร ของผู้เสียชีวิต	✓	✓	
2. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิต ซึ่งประทับตรา "ตาย"	✓	✓	
3. สำเนาบัตรประชาชน ของของผู้เสียชีวิต	✓	✓	กรณีผู้เอาประกันภัย เป็น ผู้เยาว์ให้ใช้สำเนาสูติบัตร แทนบัตรประชาชน
4. สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประชาชน ของผู้รับประโยชน์ทุกคน หรือผู้จัดการมรดก หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (บิดา หรือมารดา ของผู้เยาว์ยังมีชีวิตอยู่) หรือ ผู้ปกครองผู้เยาว์ตาม คำสั่งศาล (บิดา และ มารดา เสียชีวิตแล้ว)	✓	✓	กรณีผู้รับประโยชน์ เป็น ผู้เยาว์ให้ใช้สำเนาสูติบัตร แทนบัตรประชาชน กรณีบิดา มารดาของผู้เยาว์เสียชีวิตให้ใช้เอกสารของผู้ปกครองผู้เยาว์ตามคำสั่งศาลแทน
5. กรมธรรม์ประกันภัยหรือหนังสือรับรองการประกันภัย	✓	✓	กรณีสูญหายให้นำส่งใบรายงานประจำวันตำรวจ ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ทุกคน หรือ ผู้มีอำนาจทำการ แทน กรณีผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล / นายจ้าง ลงนามโดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนบุคคลดังกล่าวพร้อมประทับตราสำคัญ และหนังสือรับรองของกระทรวงพาณิชย์)
6. แบบเรียกร้องสินไหมมรดกกรม (แบบฟอร์มสีชมพู)	✓	✓	
7. รายงานประกอบการพิจารณาสินไหมมรดกกรม (รายงานโดยตัวแทน)	✓	✓	
8. หนังสือรับรองการเป็นพนักงานโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วันเข้าทำงาน ตำแหน่งงานเงินเดือนปัจจุบัน ฯ จากฝ่ายธุรการหรือฝ่ายบุคคลของบริษัทฯ ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจลงนามของบริษัทฯ (กรณีข้าราชการ ไม่ต้องใช้)	✓	✓	กรณีประกันกลุ่ม
9. หลักฐานการทำงาน เช่น เอกสารการลงเวลาการทำงานเดือนสุดท้าย, หลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือนๆ สุดท้าย รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ธุรการหรือฝ่ายบุคคลต้นสังกัด	✓	✓	กรณีประกันกลุ่ม
10. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง โดยนายตำรวจยศสัญญาบัตร	-	✓	กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ
11. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือสำเนารายงานการผ่าพิสูจน์ศพซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง โดยนายตำรวจยศสัญญาบัตร หรือแพทย์ผู้ชันสูตร	-	✓	กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ
12. หนังสือรับรองการเป็นนักเรียนจากโรงเรียนพร้อมประทับตราของโรงเรียน	-	✓	กรณีประกันอุบัติเหตุหมู่เด็กเรียน
13. ใบรายงานแพทย์ (แบบฟอร์มสีฟ้า)	✓	*	กรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย หรือกรณีเสียชีวิตที่บ้าน ให้ใช้สำเนาทะเบียนแจ้งการตายแทน กรณีชื่อ-สกุล ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์
14. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย หรือผู้รับประโยชน์	*	*	
15. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัย, ผู้ชำระเบี้ย และผู้รับประโยชน์	*	*	
16. ขาวหนังสือพิมพ์ หรือ รูปถ่ายอุบัติเหตุ (ถ้ามี)	*	*	
17. สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ศาล	*	*	กรณีที่ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุไม่ถึง 15 ปี และบิดามารดาเสียชีวิตทั้ง 2 คน
18. สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดกผู้เอาประกันภัย ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ศาล	*	*	- กรณีผู้รับประโยชน์คนเดียวหรือมากกว่าหนึ่งคน เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมผู้เอาประกันภัยและยังไม่มี การเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ ยกเว้นกรมธรรม์ที่ ออกให้ตั้งแต่ 1 กันยายน 2543 จะจ่ายให้กับผู้รับ ประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ (ไม่รวม PA) - กรณีผู้รับประโยชน์คนเดียว หรือทั้งหมด ฆ่าผู้เอา ประกันภัยโดยเจตนา - กรณีมีผลประโยชน์ Living Claims (AI/HS/HB/CR) ที่ได้รับการอนุมัติ ภายหลังการเสียชีวิตของผู้เอา ประกันภัย มากกว่า 200,000 บาท
19. สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดกผู้รับประโยชน์ ซึ่งรับรองสำเนา ถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ศาล	*	*	กรณีผู้รับประโยชน์เสียชีวิตหลังผู้เอาประกันภัย
20. สำเนาคำสั่งศาลให้เป็นบุคคลสาปสูญซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดย เจ้าหน้าที่ศาล	*	*	กรณีผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์หายไปหายไปโดย ไม่ทราบว่ามีชีวิตอยู่หรือไม่
21. พอร์มการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์	*	*	กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิต

หมายเหตุ: ✓ = จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา * = ใช้ประกอบการพิจารณาในบางกรณี - = ไม่จำเป็นต้องใช้

สำหรับเอกสารข้อ 1 - 4, 14 - 15

- เอกสารของผู้เอาประกัน ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร โดยผู้รับประโยชน์คนใดคนหนึ่ง
- เอกสารของผู้ชำระเบี้ย ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร โดยผู้เอาประกัน
- เอกสารของผู้รับประโยชน์ ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร โดยผู้รับประโยชน์แต่ละคน

กรณีที่ผู้รับประโยชน์ / ผู้เอาประกัน เป็นผู้เยาว์ ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยบิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

ข้อควรทราบ

- มรดกกรมผิดธรรมชาติ หมายถึง ฆ่าตัวตาย ถูกสัตว์ทำร้ายตาย ถูกผู้อื่นทำร้ายตาย ตายโดยอุบัติเหตุ หรือตายโดยไม่ทราบสาเหตุ
- เงินสินไหมมรดกกรมจะส่งมอบผ่านหน่วยต้นสังกัด หากประสงค์จะขอรับเงินสินไหมมรดกกรมเพื่อดำเนินการมอบให้กับผู้รับประโยชน์ผ่านหน่วยบริการ จะต้องติดต่อหน่วยต้นสังกัดเพื่อให้ความยินยอมเป็นหลักฐานในการรับเงินสินไหม มรดกกรมนี้ด้วย
- หากผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตและ/หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล(PA) คนใดคนหนึ่งเสียชีวิตก่อนผู้เอาประกันภัย ควรแนะนำให้ผู้เอาประกันภัยทำการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์