



ใบเรียกร้องสิทธิเนื่องในมรณกรรม

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....นามนายจ้าง.....
 ใบรับรองเลขที่.....นามลูกจ้าง.....
 กรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญเลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
 ชื่อ-สกุลของผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

1.ก. วัน เดือน ปี เวลา และอายุขณะถึงแก่กรรม ข. สาเหตุแห่งมรณกรรม ค. สถานที่ถึงแก่กรรม	ก. วันที่.....เวลา.....น. อายุ.....ปี ข. ค.
2.กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ฆาตกรรม หรือไม่ทราบสาเหตุ ก. โปรดแจ้งวัน เวลา และสถานที่เกิดอุบัติเหตุ ข. อุบัติเหตุ / เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร	ก. วันที่.....เวลา.....น. สถานที่เกิดอุบัติเหตุ..... ข.
3.กรณีที่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วย ก. ความเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ตายมีอาการหรือเริ่มป่วยตั้งแต่เมื่อใด ข. ผู้ตายเริ่มเข้ารับการรักษาจากแพทย์เมื่อใดและสถานพยาบาลใด	ก. ข.
4.ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ผู้ตายมีอาการและทำการรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย / บาดเจ็บอุบัติเหตุอะไรหรือไม่ รักษาที่ไหน เมื่อไร
5.ชื่อของแพทย์ที่ทำการรักษาขณะถึงแก่กรรม สถานพยาบาล/โรงพยาบาล
6.ผู้ตายทำประกันไว้กับบริษัทอื่นใดหรือได้รับเงินสงเคราะห์จากองค์กรอื่นใดหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท / องค์กร วันที่ทำประกัน จำนวนเงินเอาประกันภัยและ เลขที่กรมธรรม์/ จำนวนเงินสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุรายละเอียด) <input type="checkbox"/> ไม่มี บริษัท / องค์กร..... จำนวนเงิน.....บาท กรมธรรม์เลขที่
7. ก. ใครเป็นเจ้าของภาพจัดงานศพ ข. สถานที่ฝัง/ เผา หรือปลงศพ ค. วันที่ฝัง/ เผา หรือปลงศพ	ก)..... ข)..... ค).....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, บริษัทประกันชีวิตหรือองค์กร, สถานพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพ ข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อ บริษัททิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้องสิทธิ/ผู้รับประโยชน์
 (.....) วันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลูกจ้างผู้มรณกรรมรายนี้ ขณะเกิดมรณกรรมได้เป็นลูกจ้างประจำของนายจ้างที่กล่าวข้างต้นจริง

ลงชื่อ.....นายจ้าง / ผู้มีอำนาจ
 (.....) วันที่