

เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Bancassurance

ชื่อผู้เอาประกัน.....กรมธรรม์เลขที่ (ทุกฉบับ).....

ก. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี

1. กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ หรือกรณีเจ็บป่วย

- 1.1 สำเนาใบมรณะบัตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย ที่มีการประทับคำว่า “ตาย” พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 1.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 1.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีผู้รับผลประโยชน์ยังไม่มีบัตรประชาชนรวมถึงเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ของผู้เอาประกัน และ / หรือผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 1.5 รูปถ่ายผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประจำตัวประชาชน หรือ แบบฟอร์มการตรวจสอบข้อมูลยืนยันตัวตน สำหรับผู้รับประโยชน์
- 1.6 กรมธรรม์ฉบับจริง (กรณีกรมธรรม์สูญหาย ใช้สำเนาบันทึกระงับการชำรุดเสียหายเกี่ยวกับคดี)
- 1.7 แบบอ้างสิทธิ์ ก. (กรณีมีผู้รับประโยชน์หลายคน ใช้ 1 ฉบับต่อ 1 คน)
- 1.8 แบบอ้างสิทธิ์ ข. ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาก่อนเสียชีวิต เป็นผู้กรอกรายละเอียด (กรณีเสียชีวิตที่บ้านใช้ใบรับรองการตาย หรือสำเนาบันทึกระงับการชำรุดเสียหายเกี่ยวกับคดี)

2. กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ หรือ ถูกฆาตกรรม โปรดแนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- 2.1 สำเนาบันทึกระงับการชำรุดเสียหายเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ)
- 2.2 สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือแพทย์ผู้ทำการชันสูตร) ใช้แทนแบบอ้างสิทธิ์ ข.

ข. การเรียกร้องค่าสินไหมแบบประกันสุขภาพกลุ่ม Health 1st

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย (FM-CL-050-2)
- แบบฟอร์ม OPD (Illness & Accident) (FM-CL-043-1) กรณีผู้ป่วยนอก
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ผลฟิล์มเอ็กซเรย์ (กรณีกระดูกแตกหัก)
- สำเนาบันทึกระงับการชำรุดเสียหายเกี่ยวกับคดี/ใบสรุปสำนวนคดีความ (กรณีถูกทำร้าย หรือร้องทุกข์ต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ)
- ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง พร้อมใบสรุปค่ารักษาพยาบาล.....ฉบับ

ค. การเรียกร้องค่าสินไหมสัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง (RR)*

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย (FM-CL-050-2)
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- เอกสารผลตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือผลตรวจชิ้นเนื้อ
*กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใช้แบบฟอร์มตามข้อ ง.

ง. กรณีเรียกร้องสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (ทพ.)

- แบบฟอร์มการเรียกร้องกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร และใบแสดงความเห็นแพทย์ (FM-CL-046-1)
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

❖ วิธีการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน ❖

- เช็ค / ดราฟท์ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคาร
- เคาน์เตอร์เซอร์วิส(7-Eleven) พร้อมแนบบทฟอร์มขอรับเงินค่าชดเชยผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven(FM-CL-044-1) และสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกัน

นำส่งเมื่อ.....ลงชื่อ.....ผู้นำส่งเอกสาร โทรศัพท์หมายเลข.....

เอกสารครบถ้วน ณ วันที่.....ลงชื่อ.....พนักงานประจำสาขาหรือผู้รับเอกสาร

หมายเหตุ ในการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนเพื่อความสะดวก และรวดเร็ว กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่ส่งเอกสารมาเพื่อป้องกันเอกสารสูญหาย หากมีข้อสงสัยประการใดติดต่อสอบถามที่ Call Center โทร. 0-2777-8888