

## เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

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

### ก. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมรณกรรม

#### 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 กรมธรรม์ฉบับจริง (กรณีกรมธรรม์สูญหาย ใช้สำเนาบันทึกระงับการจ่ายประจำวันเกี่ยวกับคดี)
- 1.6 แบบอ้างสิทธิ์ ก. (กรณีมีผู้รับประโยชน์หลายคน ใช้ 1 ฉบับต่อ 1 คน)
- 1.7 แบบอ้างสิทธิ์ ข. ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทำก่อนเสียชีวิตเป็นผู้กรอรายละเอียด (กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ใช้ใบรับรองการตาย หรือสำเนาบันทึกระงับการจ่ายประจำวันเกี่ยวกับคดี)

#### 2. กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ หรือ ถูกฆาตกรรม โปรดแนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

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

#### 3. กรณีเรียกร้องสัญญาเพิ่มเติมเฉพาะกาลผู้ปกครอง (ฉป.)

❖ ใช้เอกสารตามข้อ 1.1 , 1.2 , 1.6 , 1.7 , 2.1 , 2.2 พร้อมสำเนาบัตรประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน

### ข. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสัญญาเพิ่มเติม อบ.1 , อบ.2 , อบ.3 , รพ. , รพ.ปร , สภ.(ทุกแบบแผนประกัน) , รร. \*

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย (FM-CL-050-2)
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- เอกสารผลตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือผลตรวจชิ้นเนื้อ (เฉพาะการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง (รร.))
- สำเนาบันทึกระงับการจ่ายประจำวันเกี่ยวกับคดี/ใบสรุปสำนวนคดีความ (กรณีถูกทำร้ายร่างกาย)
- ผลฟิล์มเอ็กซเรย์ (กรณีบาดเจ็บกระดูกแตกหัก)
- ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง พร้อมใบสรุปค่ารักษาพยาบาล.....ฉบับ  
การเรียกร้องสัญญาเพิ่มเติม รร. กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใช้แบบฟอร์มตามข้อ ค.

### ค. กรณีเรียกร้องสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (ทพ.) และกรณีผู้ปกครอง ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ตามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองการชำระเบี้ย (คช.) / ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัย (ฉป.)

- แบบฟอร์มการเรียกร้องกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร และใบแสดงความเห็นแพทย์ (FM-CL-046-0)

#### ❖ วิธีการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน ❖

- ดราฟท์  โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคาร
- เคาน์เตอร์เซเว่น(7-Eleven) พร้อมแนบบนแบบฟอร์มขอรับเงินค่าชดเชยผ่านเคาน์เตอร์เซเว่น(7-Eleven) (FM-CL-044-0) และสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกัน

นำส่งเมื่อ.....ลงชื่อ.....ผู้นำส่งเอกสาร โทรศัพทหมายเลข.....

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

**หมายเหตุ** ในการส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพื่อความสะดวก และรวดเร็ว กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

ที่ส่งเอกสารมาเพื่อป้องกันเอกสารสูญหาย หากมีข้อสงสัยประการใดติดต่อสอบถามที่ Call Center โทร. 0-2777-8888