

เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Bancassurance

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

ก. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมรณกรรม

1. กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ หรือกรณีเจ็บป่วย

- ☐ 1.1 สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย ที่มีการประทับคำว่า “ตาย” รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีผู้รับผลประโยชน์ยังไม่มีบัตรประชาชน) รวมถึงเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ของผู้เอาประกัน และ / หรือผู้รับผลประโยชน์) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ 1.5 รูปถ่ายผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประจำตัวประชาชน หรือ แบบฟอร์มการตรวจสอบข้อมูลยืนยันตัวตนผู้รับประโยชน์ สำหรับตัวแทนและที่ปรึกษาทางการเงิน
- ☐ 1.6 แบบฟอร์มเอกสารการรับรองตนเองสำหรับผู้รับประโยชน์บุคคลธรรมดา (เฉพาะผู้รับประโยชน์ที่เป็นชาวต่างชาติ หรือคนไทยที่ใช้หนังสือเดินทาง (Passport) ในการรับรองตนเอง)
- ☐ 1.7 แบบฟอร์ม FW8BEN (เฉพาะผู้รับประโยชน์ที่ไม่ใช่สัญชาติอเมริกัน แต่ที่มีถิ่นที่อยู่ และ/หรือ มีบัญชีธนาคารในประเทศสหรัฐอเมริกา)
- ☐ 1.8 แบบฟอร์ม FW9 (เฉพาะผู้รับประโยชน์ที่มีสัญชาติอเมริกัน)
- ☐ 1.9 กรมธรรม์ฉบับจริง (กรณีกรมธรรม์สูญหาย ใช้สำเนาบันทึกประจำวันประจำวันเกี่ยวกับคดี)
- ☐ 1.10 แบบอ้างสิทธิ์ ก. (กรณีมีผู้รับประโยชน์หลายคน ใช้ 1 ฉบับต่อ 1 คน)
- ☐ 1.11 แบบอ้างสิทธิ์ ข. ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาก่อนเสียชีวิต เป็นผู้กรอรายละเอียด (กรณีเสียชีวิตที่บ้านใช้ใบรับรองการตาย หรือสำเนาบันทึกประจำวันประจำวันเกี่ยวกับคดี)

2. กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ หรือ ถูกฆาตกรรม โปรดแนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- ☐ 2.1 สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ)
- ☐ 2.2 สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือแพทย์ผู้ทำการชันสูตร) ใช้แทนแบบอ้างสิทธิ์ ข.

ข. การเรียกร้องค่าสินไหมแบบประกันสุขภาพกลุ่ม Health 1st

- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย (FM-CL-050-3)
- ☐ แบบฟอร์ม OPD (Illness & Accident) (FM-CL-043-1) กรณีผู้ป่วยนอก
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน
- ☐ ผลฟิล์มเอ็กซเรย์ (กรณีกระดูกแตกหัก)
- ☐ สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี/ใบสรุปสำนวนคดีความ (กรณีถูกทำร้าย หรือร้องทุกข์ต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ)
- ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง พร้อมใบสรุปค่ารักษาพยาบาล.....ฉบับ

ค. การเรียกร้องค่าสินไหมสัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง (รร.)*

- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย (FM-CL-050-3)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน
- ☐ เอกสารผลตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือผลตรวจชิ้นเนื้อ *กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใช้แบบฟอร์มตามข้อ ง.

ง. กรณีเรียกร้องสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (ทพ.)

- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร และใบแสดงความเห็นแพทย์ (FM-CL-046-1)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน

❖ วิธีการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน ❖

- ☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคาร

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

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