

เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ชื่อผู้เอาประกัน กรมธรรม์เลขที่ (ทุกฉบับ)

ก. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีการเสียชีวิต

1. กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ หรือกรณีเจ็บป่วย

- ☐ 1.1 สำเนาใบมรณะบัตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ 1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย ที่มีการประทับคำว่า “ตาย” พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ 1.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ 1.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีผู้รับผลประโยชน์ยังไม่มีบัตรประชาชน รวมถึงเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ของผู้เอาประกัน และ / หรือผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ 1.5 กรมธรรม์ฉบับจริง (กรณีกรมธรรม์สูญหาย ใช้สำเนานับที่ประจำวันประจำวันเกี่ยวกับคดี)
- ☐ 1.6 แบบอ้างสิทธิ ก. (กรณีมีผู้รับประโยชน์หลายคน ใช้ 1 ฉบับต่อ 1 คน)
- ☐ 1.7 แบบอ้างสิทธิ ข. ให้แพทย์ผู้ทำการรักษา ก่อนเสียชีวิต เป็นผู้กรอรายละเอียด (กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ใช้ใบรับรองการตาย หรือสำเนานับที่ประจำวันประจำวันเกี่ยวกับคดี)

2. กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ หรือ ถูกฆาตกรรม โปรดแนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- ☐ 2.1 สำเนานับที่ประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ)
- ☐ 2.2 สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือแพทย์ผู้ทำการชันสูตร) ใช้แทนแบบอ้างสิทธิ 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.*

- ☐ ใบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลรายวัน และประกันภัยสุขภาพ หรือการประสบอุบัติเหตุ (FM-CL-002-2)
- ☐ เอกสารผลตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือผลตรวจชิ้นเนื้อ (เฉพาะการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง (รร.))
- ☐ สำเนานับที่ประจำวันเกี่ยวกับคดี/ใบสรุปสำนวนคดีความ (กรณีถูกทำร้ายร่างกาย)
- ☐ ผลฟิล์มเอ็กซเรย์ (กรณีบาดเจ็บกระดูกแตกหัก)
- ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง พร้อมใบสรุปค่ารักษาพยาบาล.....ฉบับ

* การเรียกร้องสัญญาเพิ่มเติม รร. กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใช้แบบฟอร์มตามข้อ ค.

ค. กรณีเรียกร้องสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (ทพ.) และกรณีผู้ปกครอง ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ตามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองการชาระเบี้ย (คช.) / ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัย (ผป.)

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

❖ วิธีการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน ❖

- ☐ เช็ค / ดราฟท์ ☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนานำหน้าสมุดธนาคาร
- ☐ เคาน์เตอร์เซอร์วิส(7-Eleven)พร้อมแนบบทฟอร์มขอรับเงินค่าชดเชยผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน7-Eleven(FM-CL-044-0)และสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกัน
- นำส่งเมื่อ ลงชื่อ ผู้นำส่งเอกสาร โทรศัพท์หมายเลข
เอกสารครบถ้วน ณ วันที่.....ลงชื่อ.....พนักงานประจำสาขาหรือผู้รับเอกสาร

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