



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (Policy No.)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## ก้อยแกลงของผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

เราเข้าใจว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีความสำคัญกับท่าน ดังนั้น เพื่อให้การพิจารณาอนุมัติสินไหมให้ เป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณา 1) กรอกแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วน 2) แนบเอกสารแนบดังระบุไว้ในหน้า 4 และ 3) ส่งฟอร์มนี้ ผ่านทางตัวแทนหรือสำนักงานใหญ่โดยเร็วที่สุด ผู้เรียกร้องค่าสินไหมควรกรอกแบบฟอร์มนี้ ด้วยตัวเอง โปรดอย่า เซ็นชื่อลงบนแบบฟอร์มเปล่า ไม่มี ค่าธรรมเนียม ค่าคอมมิชชั่น หรือค่าใช้จ่ายใดๆ แก่ ตัวแทนหรือพนักงานในการ เรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้

กรณีชื่อผู้รับผลประโยชน์ ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในเล่มกรมธรรม์ กรุณาแนบเอกสารเพื่อยืนยันพร้อมแบบ ฟอร์มนี้

### 1 รายละเอียดผู้เสียชีวิต

ชื่อสกุลของผู้เสียชีวิต	เลขที่บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง	
<input type="text"/>	

### 2 ประเภทของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- การเสียชีวิตของผู้เอาประกัน  การเสียชีวิตของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

### 3 รายละเอียดของการเสียชีวิต

วันที่	สถานที่เกิดเหตุ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
สาเหตุการตาย		
<input type="text"/>		
ชื่อและที่อยู่ของรักษาที่โรงพยาบาล / สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา		
<input type="text"/>		
ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้รักษา อาการป่วยของผู้เสียชีวิตทั้งหมดที่รักษาภายในห้าปีที่ผ่านมจนถึงครั้งสุดท้าย		
วัน / เดือน / ปี ที่รับการรักษา	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้การรักษา	ชื่อโรคและอาการเจ็บป่วย
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4 การติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่	หมายเลขโทรศัพท์บ้าน
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ที่อยู่	
<input type="text"/>	
อีเมล	
<input type="text"/>	

FOR OFFICE USE ONLY  
Received date:

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกรอก ฟอร์ม กรุณาติดต่อศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ที่ หมายเลข 1159 หรือติดต่อสำนักงานใหญ่ บมจ.กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพระราม 9 ห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

บริษัทฯ จะติดต่อท่านตามรายละเอียด ที่แจ้งไว้ในช่องนี้

**5** กรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับทั้งหมด

ชื่อบริษัทประกันภัย	เลขที่กรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สถานะการเรียกร้องสินไหม

**6** วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

โอนเข้าบัญชี ชื่อ

ธนาคาร  สาขา

เลขที่บัญชี

- โดยเช็ค ที่อยู่เดียวกับที่ระบุไว้ในข้อ 4  
 ส่งผ่านตัวแทน

โปรดทำเครื่องหมายในช่องด้านล่าง เพื่อระบุสถานะของเจ้าของบัญชีในกรณีโอน

- ผู้รับผลประโยชน์โดยชอบธรรม  
 ผู้รับมอบอำนาจ (โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์ โดยบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การพิจารณาจนกว่าจะได้รับการอธิบาย)

**7** คำประกาศและการอนุญาต

**การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)**

การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี  มี โปรดระบุ  
 ถือสัญชาติอเมริกัน  
 เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  
 ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้ถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ไม่เป็น  เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี  มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ไม่มี  มี

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หาก สถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ใน กฎหมาย FATCA ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้า แสดงเอกสารหลักฐานใดๆหรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศ สหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอก กล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ ตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับ ประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง ข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้าพเจ้า ชื่อ  วัน/เดือน/ปี เกิด  อายุ  ปี  
ที่อยู่

มีความสัมพันธ์เป็น  ของผู้เสียชีวิต และเป็น  
 ผู้รับประโยชน์/ผู้รับมรดก/ผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล  
 ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  
ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -  
 ขอรับเงินสินไหมโดยวิธี ส่งเช็ค/ตัวแลกเงิน ให้ตามที่อยู่ข้างบน  
 ส่งเช็ค/ตัวแลกเงินผ่านตัวแทน

ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงในนามตนเองและบุคคลอื่นที่อ้างถึงในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้ ("บุคคลที่ เกี่ยวข้อง") ว่า

ข้อความทั้งหมดและการตอบคำถามต่างๆ ที่ให้ไว้ ไม่ว่าจะเขียนด้วยลายมือของข้าพเจ้าเองหรือไม่ก็ตาม ถือเป็น ความรับรู้และความเชื่อของข้าพเจ้าโดยแท้ว่าถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงว่าข้าพเจ้าได้รับอำนาจอย่างเต็มที่และความยินยอมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องใน คำประกาศและตกลงดังกล่าวข้างต้น

- ข้าพเจ้าอนุญาตในนามของตนเอง ผู้เอาประกัน และ บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหลาย แก่
- (1) นายจ้าง แพทย์จดทะเบียน โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกัน ธนาคาร หน่วยงานราชการ หรือหน่วย งานอื่นๆ บุคคลหรือองค์กรใดๆ ที่มีบันทึกหรือได้รับรู้เกี่ยวกับข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน หรือ บุคคลที่ได้รับความคุ้มครอง และผู้ซึ่งได้เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน ผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ให้สามารถเปิดเผยและจัดหาข้อมูลและบันทึกซึ่งอาจมีการร้องขอจากบริษัทฯ ให้กับบริษัทฯ
  - (2) บริษัท หรือ แพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ทำการตรวจร่างกาย หรือการตรวจเช็คทางห้องปฏิบัติการ เพื่อ ประเมินผลทางการแพทย์และทดสอบ เพื่อที่จะประเมินสถานะทางสุขภาพของข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน และผู้ได้รับความคุ้มครอง ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องนี้

การอนุญาตดังกล่าวนี้จะผูกพันถึงทายาท ผู้รับโอน ของข้าพเจ้า และยังคงมีผลผูกพันไม่ว่าโดยการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ สำเนาของการอนุญาตนี้ให้ถือว่ามีผลผูกพันสมบูรณ์เทียบเท่าคำประกาศและการ อนุญาตฉบับจริงที่ข้าพเจ้าได้มีอำนาจเต็มและยินยอมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้า / เรา ไม่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า/เรา เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และไม่ ประสงค์จะรับเอกสารส่งเสริมทางการตลาดแบบตรงใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กร สถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า ทั้งในอดีต และปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษา ทั้งหมดแก่บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับ มอบหมาย และสำเนาภาพถ่าย หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ถือว่ามิผลบังคับได้

ผู้เรียกร้องสินไหม      ลายเซ็น      ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต      วันที่

### 8 เอกสารแนบ

โปรดทำเครื่องหมายในช่องเอกสารที่แนบมาพร้อมกับใบเรียกร้องค่าสินไหมฉบับนี้ กรณีที่แนบเอกสารสำคัญมาไม่ครบ ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลินไหม หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

เอกสารที่ต้องการ	เสียชีวิตด้วยโรค/เจ็บป่วย	กรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ
<input type="checkbox"/> ใบมรณบัตร <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต พร้อมประทับ"จำหน่ายตาย" <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ประกันชีวิต	<input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาก่อนเสียชีวิต	<input type="checkbox"/> สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ <input type="checkbox"/> ใบรายงานการชันสูตรพลิกศพ (ด้านหน้า และหลัง)

### 9 การติดตามสถานะสินไหม

ท่านจะได้รับข้อความหรืออีเมลหลังจากบริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหม หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ตามช่องทางต่อไปนี้



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ยืนยันที่จะทำให้การเรียกร้องค่าสินไหมของท่านเป็นไปด้วยความรวดเร็วและไม่ซับซ้อน ขอคุณที่ให้ความไว้วางใจในบริษัทฯ เรายินดีที่จะให้บริการท่านอย่างดีที่สุด