

# บริษัท อาคเนย์ประกันภัย จำกัด

## คำแถลงของผู้อ้างสิทธิ

(ให้กรอกข้อความโดยบุคคลซึ่งมีสิทธิตามกฎหมายในเงินประกันตามกรมธรรม์)

กรมธรรม์ฉบับที่ ..... จำนวนเงินที่ประกันไว้ ..... บาท

คำถาม	คำตอบ
๑. บอกชื่อ (เต็ม) อาชีพหรือการงาน, อายุ และที่อยู่ของบุคคลที่อ้างสิทธิตามกรมธรรม์ พร้อมด้วยความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย	๑. ชื่อ ..... อาชีพ ..... อายุ ..... ที่อยู่ ..... ความเกี่ยวข้องกับ ..... .....
๒. ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์หรือไม่? ถ้าไม่ ท่านให้สิทธิประการใดในการเรียกร้องค่าชดเชยไว้	๒. ....
๓. (ก) บอกชื่อ, อาชีพครั้งสุดท้าย และที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้ตาย (ข) ที่ที่ตายและวันที่ตาย ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย สาเหตุที่ทำให้ผู้ตายนั้นที่ และอายุขณะตายของผู้เอาประกัน	๓. (ก) ชื่อ ..... อาชีพครั้งสุดท้าย ..... ที่อยู่ครั้งสุดท้าย ..... (ข) ที่ที่ตาย ..... วันที่ตาย ..... ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย ..... สาเหตุที่ตายในวันที่ ..... อายุขณะตาย ..... .....
๔. ผู้ตายมีประจำตัวไว้หรือไม่? ถ้ามี บอกชื่อบริษัท ปี และเลขที่กรมธรรม์	๔. ....
๕. (ก) ผู้ตายได้ป่วยในครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร และตั้งแต่เมื่อใด (ข) การป่วยครั้งสุดท้ายมีอาการอย่างไร	๕. (ก) ..... (ข) ..... .....
๖. ชื่อแพทย์ผู้รักษาระหว่างป่วยครั้งสุดท้าย	๖. ....

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์	ชื่อโรค
๗. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาหารือ สามครั้งสุดท้าย โปรดแจ้งด้วยว่าแพทย์คนใด บอกว่าป่วยเป็นอะไร	(๑) ..... (๑) ..... (๒) ..... (๒) ..... (๓) ..... (๓) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบแต่ละข้อและทั้งหมดของคำถามข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ และโดยหนังสือนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สดแทนพยาบาล หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจผู้เอาประกันนี้เห็นชอบหรือวินิจฉัยที่ข้าพเจ้าทราบเนื่องจากการรักษาหรือตรวจผู้เอาประกันดังกล่าวให้บริษัททราบตามหัตถ์ของแพทย์ทุกประการ

ลายมือชื่อ ..... ผู้รับประโยชน์/ผู้ได้รับสิทธิแทนผู้รับประโยชน์  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ..... ได้ลงชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า

ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ลายมือชื่อ ..... พยาน .....  
 ลายมือชื่อ ..... พยาน .....  
 นาม (ตัวบรรจง) ..... นาม (ตัวบรรจง) .....  
 อาชีพ ..... อาชีพ .....  
 ที่อยู่ ..... ที่อยู่ .....