

## เอกสารผู้เสียชีวิต กรณีเสียชีวิตเจ็บป่วย

สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เสียชีวิต)

สำเนามรณะบัตร

สำเนาทะเบียนบ้าน (ประทับคำว่าตาย)

หนังสือรับรองการตาย (กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล)

หนังสือแจ้งตาย กำหนด, ผู้ใหญ่บ้าน (กรณีเสียชีวิตที่บ้าน)

## เอกสารผู้รับผลประโยชน์

กรอกใบคำแถลงผู้อ้างสิทธิบริษัทประกัน (สำหรับผู้รับผลประโยชน์ 1 คน/1ใบ)

(กรอข้อที่ 1 เป็นข้อมูลผู้รับประโยชน์ และข้อที่ 3 ข้อมูลผู้เสียชีวิตข้อมูลตามมรณบัตร แล้วลงลายมือชื่อ)

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาทะเบียนสมรส / สำเนาเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

ถ่ายรูปภาพตนเอง พร้อมถือบัตรประชาชน 1 ใบ

หมายเหตุ สามารถแนบบัญชีธนาคารได้ ขอเป็น ธนาคาร ไทย/กรุงเทพ/กสิกรไทย

(บริษัทจ่ายเป็นเช็ค) หากเช็คมาจะโทรติดต่อผู้รับผลประโยชน์ก่อน เจ้าหน้าที่จะนำเช็คเข้าบัญชีให้

กรณีบัญชีต่างจังหวัดอาจมีค่าธรรมเนียมธนาคาร ให้มีเงินติดบัญชีไว้เพื่อให้ธนาคารหัก

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ 02-4365974

# ตัวอย่างการถ่ายรูปถือบัตรประชาชน





(ให้กรอกข้อความโดยบุคคลซึ่งมีสิทธิตามกฎหมายในจำนวนเอาประกันภัยตามกรมธรรม์)

กรมธรรม์ฉบับที่.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

คำถาม	คำตอบ
๑. บอกชื่อ (เต็ม) อาชีพหรือการงาน, อายุ และ ที่อยู่ของบุคคลที่อ้างสิทธิตามกรมธรรม์ พร้อมกับความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย	๑. ชื่อ..... อาชีพ.....อายุ.....ปี ที่อยู่..... โทร.....ความเกี่ยวข้อง.....
๒. ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์หรือไม่? ถ้าไม่ ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องค่าชดใช้รายนี้	๒. ....
๓. (ก) บอกชื่อ, อาชีพครั้งสุดท้าย และที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้ตาย  (ข) ที่ที่ตายและวันที่ตาย ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย สาเหตุที่ทำให้เกิดตายทันทีและอายุขณะตายของผู้เอาประกันภัย	๓. (ก) ชื่อ..... อาชีพครั้งสุดท้าย..... ที่อยู่ครั้งสุดท้าย..... (ข) ที่ที่ตาย..... วันที่ตาย..... ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย..... สาเหตุที่ตายในทันที..... อายุขณะตาย.....
๔. ผู้ตายมีประกันชีวิตไว้อีกหรือไม่? ถ้ามี บอกชื่อบริษัท ปี และเลขที่กรมธรรม์	๔. ....
๕. (ก) ผู้ตายได้ป่วยในครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร และตั้งแต่เมื่อใด (ข) การป่วยครั้งสุดท้ายมีอาการอย่างไร	๕. (ก)..... (ข).....
๖. ชื่อแพทย์ผู้รักษาระหว่างป่วยครั้งสุดท้าย	๖. ....
๗. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาหารือสามปีสุดท้ายโปรดแจ้งด้วยว่าแพทย์คนใดบอกว่าป่วยเป็นอะไร	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ (๑) ..... (๑) ..... (๑) ..... (๒) ..... (๒) ..... (๒) ..... (๓) ..... (๓) ..... (๓) ..... (๔) ..... (๔) ..... (๔) .....

ข้าพเจ้า.....ในฐานะทายาทตามกฎหมาย เกี่ยวข้องเป็น.....  
ของ.....ขอยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย หรือองค์การสถาบัน ที่ทำการตรวจรักษาหรือบุคคลอื่นซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวทั้งในอดีต และปัจจุบันที่เกี่ยวกับสุขภาพของ.....  
.....เปิดเผยรายละเอียดต่างๆ รวมทั้งการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือการเจ็บป่วยอื่นๆ ทั้งหมดแก่แพทย์ประจำ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับใช้ได้

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....พยาน

นาม (ตัวบรรจง).....

อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ลายมือชื่อ.....พยาน

นาม (ตัวบรรจง).....

อาชีพ.....

ที่อยู่.....