



แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย
 ชื่อผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี เป็นผู้เอาประกันภัย เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 กรมธรรม์เลขที่..... ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... อาชีพครั้งสุดท้าย.....ตำแหน่ง.....

2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม
 ชื่อ - สกุล..... อายุ..... ปี อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
 ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสาร เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
 ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

3. รายละเอียดการมรณกรรม
 ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย เสียชีวิตวันที่.....เวลา.....สถานที่.....
 สาเหตุการเสียชีวิต.....

4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรณกรรม
 ผู้เอาประกันภัยได้พูดถึงอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรก เมื่อวันที่.....
 อาการที่สังเกตเห็น.....
 ผู้เอาประกันภัยไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....
 ชื่อแพทย์ / สถานพยาบาลที่ไปพบ.....

5. ชื่อแพทย์และที่อยู่ หรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะเวลาใกล้เคียงกับวันเริ่มสัญญาหรือก่อนหน้านั้น

ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา

6. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	หมายเลขกรมธรรม์	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

แบบฟอร์มฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่.....เลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....เมื่อวันที่.....
 ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์กรหรือบุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัทเอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายได้
 หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม วันที่

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ชั้น 28 อาคารสิบล้อ ถนนเพชร 3 เซกส์ 130-132 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330

โทร. 0 2632 6222 www.fwd.co.th เลขที่บัญชีบริษัท 0107555000546

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 0 2632 6000

FWD



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวอายุ.....ปี
ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองของ.....ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้เยาว์" ตกลง
ยินยอมมอบอำนาจให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ที่มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรอง
ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์
เอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุของโรคต่างๆ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตาม
ทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือ
สถานเอนามัย ทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากหน่วยราชการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาล
เอกชน สถานเอนามัย หรือหน่วยงานราชการทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของข้าพเจ้าและ/
หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และหรือการเรียกร้องค่าสินไหม
ทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จาก บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการ
ว่ากล่าวหรือฟ้องร้องหรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานเอนามัย
หรือหน่วยงานราชการ ดังกล่าวซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มี
ผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายและให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์
ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม
()

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

