



ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต.....เพศ.....อายุ.....ปี

หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย (โปรดระบุทุกกรมธรรม์)

1) หมายเลขกรมธรรม์..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2) หมายเลขกรมธรรม์..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

1. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

2. อาชีพขณะเสียชีวิต ..... ลักษณะงาน .....

3. วัน/ เดือน/ ปีที่เสียชีวิต ..... สถานที่เสียชีวิต.....

สาเหตุที่เสียชีวิต.....

4. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ทุกคนที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และระหว่าง 3 ปีก่อนนั้น

ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้รักษา	โรงพยาบาล/ คลินิก	วันที่รักษา	โรค หรือ อาการเจ็บป่วย
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

5. ผู้เสียชีวิตมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทใด (โปรดระบุรายละเอียด)

ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์	วันที่ทำสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ผู้ลงนามข้างท้ายแบบเรียกร้องฉบับนี้ ขอเรียกร้องต่อ บริษัท โตเกียวมารินประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และยอมรับว่าบันทึกถ้อยคำ และหลักฐานประกอบของแพทย์ทุกท่านที่ให้การรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตรวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบใบเรียกร้องนี้ทั้งหมด ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการเรียกร้องสินไหมทดแทนรายนี้ ทั้งยอมรับอีกด้วยว่าการที่บริษัทฯ ได้จัดแบบเรียกร้องนี้ให้หรือแบบพิมพ์อื่นใดไม่ถือว่าเป็นคำรับรองของบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้นยังมีผลบังคับอยู่ ทั้งไม่ถือว่าเป็นการสละสิทธิ์ข้อต่อสู้ใดๆ ของบริษัทฯ ด้วย

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง.....(ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์)

(.....)

ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่ ..... วัน/ เดือน/ ปี.....

**เพื่อป้องกันการล่าช้า โปรดลงนามบนหนังสือให้ความยินยอมท้ายรายการนี้**

**หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ**

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อบริษัท โตเกียวมารินประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม.....

(.....)

ความเกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต..... โทรศัพท์.....



## แบบฟอร์มรายงานแพทย์ (Physician's Statement)

1. ชื่อผู้เสียชีวิต (Deceased's Name in full)..... เพศ (Sex)..... อายุ (Age).....ปี  
น้ำหนัก (Weight).....กิโลกรัม (Kilograms) ส่วนสูง (Height).....เซนติเมตร (Centimeters) H.N..... A.N.....  
ที่อยู่ (Address).....  
..... อาชีพ (Occupation).....

2. ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด/ How long had you known the deceased?.....

3. ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด / When had you been the medical attendant or adviser of deceased?  
And from what disease?.....  
ข. การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Did the deceased receive any treatment before death? If yes, please specify the doctor's name. ....

4. ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ / Did you attend deceased during his last illness?  Yes  No  
ข. ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร / If so, for what disease? .....  
ค. วันแรกที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your first visit? .....  
ง. วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your last visit? .....

5. ก. สถานที่ที่เสียชีวิต / Place of Death .....  
ข. วันที่เสียชีวิต / Date of Death ..... ค. เวลาที่เสียชีวิต / Time of Death .....

6. ก. สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ / What was the immediate cause of death?  
.....  
.....  
ข. โรค / อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด / How long did deceased suffer from this disease?  
.....  
ค. ตามความเห็นของท่านโรค/ อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด / In your opinion, how long did the deceased suffer from this disease?  
.....

7. ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด / From what other important disease, if any, did the deceased suffer?  
.....

8. ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่/ถ้ามี วัตถุนั้นเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือไม่ / Did deceased use alcohol or narcotics?/If so, did they contribute to the fatal disease?  
.....

9. ผู้เสียชีวิตได้รับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ / Test for Alcohol level? If yes, what is the result?  
 Not done  Done: Result.....

10. ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหาเลือดโรคเอดส์หรือไม่ / Test for HIV? If yes, what is the result?  
 Not done  Done: Result.....

11. การเสียชีวิตครั้งนี้มีการผ่าพิสูจน์ศพ /ชันสูตรพลิกศพหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Is there the autopsy? If yes, please state  
 No  Yes.....

เขียนที่: Sign at..... วันที่: Date.....  
อำเภอ: District..... จังหวัด: Country of .....  
ลงชื่อ: Signature..... คุณวุฒิ: Qualification .....

ชื่อและที่อยู่ (โปรดเขียนตัวบรรจง) : Name address (Please print).....  
.....  
.....



# แบบฟอร์มรายงานประกอบการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

ชื่อผู้เสียชีวิต (ผู้เอาประกันภัย) ..... เพศ..... อายุ..... ปี

ที่อยู่ .....

กรมธรรม์เลขที่ 1. .... 2. .... 3. ....

1. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยเป็นการส่วนตัวหรือไม่ หรือรู้จักในฐานะใด	1. ....
2. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยมานานเท่าไร	2. ....
3. ท่านได้รับการแจ้งเสียชีวิตเมื่อใด	3. ....
4. วันที่เสียชีวิต	4. ....
5. สถานที่เสียชีวิต	5. ....
6. สาเหตุที่เสียชีวิต	6. ....
7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย / บาดเจ็บครั้งสุดท้าย	7. ....
8. ท่านได้สอบถามเพื่อนบ้านคนใดบ้างในเรื่องเกี่ยวกับการเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย (กรุณาระบุชื่อ-ที่อยู่)	8. .... .....
9. จากการสอบถามได้รายละเอียดเป็นประการใด	9. .... ..... .....
10. ผู้เอาประกันภัยมีอาชีพอะไร ขณะเสียชีวิต โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ และสถานที่ทำงาน	10. .... ..... .....
11. ผู้เอาประกันภัยเคยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล หรือแพทย์ ท่านใดก่อนและในขณะที่เสียชีวิต	11. .... .....
12. ท่านพบศพภายหลังการเสียชีวิตหรือไม่ (กรุณาระบุวันที่ หากพบศพ)	12. ....
13. ท่านได้อยู่ร่วมในพิธีศพของผู้เอาประกันภัยหรือไม่	13. ....
14. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิต / ประกันภัย ไว้กับบริษัทใดอีก จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งสิ้น	14. ....
15. รายละเอียดอื่นๆ	15. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

รายงานโดย .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....



TOKIOMARINE

# แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมและโรคร้ายแรง

ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... กรมธรรม์เลขที่ .....

บริษัท..... ใบรับรองประกันภัยเลขที่ .....

ผู้นำส่ง..... วันที่..... โทรศัพท์.....

กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ (จากการเจ็บป่วย)	นำส่ง	ไม่ได้นำส่ง
1. สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยที่มีการจำหน่าย "ตาย" รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สำเนาบัตรทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สำเนาสูติบัตรของผู้รับประโยชน์ ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองโดยชอบธรรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม (เอกสารหมายเลข 1) ลงนามโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. แบบฟอร์มรายงานแพทย์ (เอกสารหมายเลข 2) เฉพาะกรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล (หรือเอกสารตามข้อ 19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. แบบฟอร์มรายงานประกอบการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม (เอกสารหมายเลข 3) โดยฝ่ายบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. สำเนาใบสมัครงาน สัญญาจ้างงาน บันทึกการลงเวลาทำงาน และหลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือน ย้อนหลัง 3 เดือน รับรองสำเนาถูกต้องโดยฝ่ายบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ (จากอุบัติเหตุหรือฆาตกรรม) นำส่งเอกสารเพิ่มดังนี้</b>		
11. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้องโดยตำรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. สำเนารายงานการตรวจศพ ในกรณีมีการผ่าพิสูจน์ศพ รับรองสำเนาถูกต้องโดยตำรวจหรือแพทย์ชันสูตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>กรณีเสียชีวิตจากโรคร้ายแรงนำส่งเอกสารเพิ่มดังนี้</b>		
14. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีโรคร้ายแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. สำเนาประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน (OPD CARD)จากสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษาทั้งหมด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. สำเนาผลชิ้นเนื้อที่ระบุวินิจฉัยโรคร้ายแรง (PATHOLOGY) สำเนาผลตรวจพิเศษอื่นๆเช่นฟิล์มเอ็กซเรย์,CT,MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>หมายเหตุ:</b> 1.กรณีผู้รับประโยชน์คือ บริษัท/ ผู้ถือกรมธรรม์ ให้ กรรมการผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัทหรือผู้รับมอบอำนาจฯ ลงนามในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม (เอกสารหมายเลข 1) พร้อมทั้งแนบหลักฐาน ตามข้อ 5 เพิ่มเติม		
2.กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เอกสารหมายเลข 1 พร้อมเอกสารตามข้อ 4,5,6 ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ร่วมกับผู้ปกครองโดยชอบธรรม		
<b>เอกสารสำคัญอื่น ๆ ที่ต้องนำส่งแล้วแต่กรณี</b>		
17. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล ของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้รับประโยชน์ กรณีที่ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้รับประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. สำเนาหนังสือรับรองการตาย รับรองสำเนาโดยพนักงานเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. รูปถ่ายอุบัติเหตุ หรือข่าวหนังสือพิมพ์ (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท</b>		
บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมา ปรากฏว่า		
<input type="checkbox"/> ครบถ้วน		
<input type="checkbox"/> ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้ .....		
.....		
ส่วนสินไหมประกันกลุ่ม .....	วันที่ .....	