บริษัท เอไอเอ จำกัด
เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์: (66) 2634 8888

แบบเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

(CLAIMANT'S STATEMENT)

แบบฟอร์มหนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคนเท่านั้น

C31500

ชื่อ / นามสกุล ผู้เสียชีวิต: เพศ: อายุ:

กรมธรรม์เลขที่: จำนวนเงินเอาประกันภัย:

วันที่เสียชีวิต: สถานที่:

เหตุที่เสียชีวิต:

กรณีผู้เสียชีวิตมีประกันภัยกับบริษัทอื่น (โปรดระบุ)			
ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์	วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....	.....	.....	.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์):

โปรดระบุความสัมพันธ์ของท่านกับผู้เสียชีวิต: เลขที่บัตรประชาชน:

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้:

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ: อีเมล:

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เอไอเอ จำกัด ("บริษัท") สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในแบบเรียกร้องสินไหมมรณกรรม และ ที่ให้ประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั้งหมด เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องสินไหมทดแทน การรับเงินจากบริษัท และการอื่นใดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยินยอมให้บริษัทส่งหรือโอนข้อมูลแก่ตัวแทน นายหน้าหรือผู้ให้บริการซึ่งเป็นคู่สัญญาฝ่ายที่สามเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์เดียวกันข้างต้น ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปีนับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ไว้เป็นอย่างอื่น และทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอให้โอนข้อมูล ขอให้แก้ไข ขอให้ลบ ทำลาย ขอคัดค้าน หรือ ขอระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้เท่าที่กฎหมายกำหนด และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนต่อคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้าพเจ้าสามารถศึกษานโยบายข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ของบริษัทตามลิ้งค์ดังต่อไปนี้ www.aia.co.th/privacy และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือ ร้องขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด ได้ที่เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ผ่านเอไอเอ คอลเซ็นเตอร์ โทร 1581 หรืออีเมลมาที่ th.privacy@aia.com หรือติดต่อตามที่อยู่ที่ บริษัท เอไอเอ จำกัด 181 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพ 10500

การส่งคำบอกกล่าวใดๆ ตามสัญญาประกันภัยเมื่อบริษัทได้ทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นไปยังที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email Address) หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ (ผู้รับประโยชน์) แจ้งไว้แล้วให้ถือว่าวันที่ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือวันที่ส่งข้อความทางโทรศัพท์เป็นวันที่ได้มีการส่งหนังสือ ข้อมูล หรือคำบอกกล่าวใดๆ และถือว่าผู้เอาประกันภัย เจ้าของกรมธรรม์ ผู้รับประโยชน์ หรือทายาท ได้รับคำบอกกล่าวโดยชอบแล้ว ณ วันที่ส่ง

กรณีที่ส่งคำบอกกล่าวใดๆ ทางไปรษณีย์เมื่อบริษัทส่งคำบอกกล่าวทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ที่ผู้เรียกร้อง (ผู้รับประโยชน์) แจ้งไว้กับบริษัทและไปรษณีย์ต้นทางได้ประทับตรารับเอกสารเพื่อจัดส่งแล้วให้ถือว่าบริษัทได้ส่งโดยชอบแล้ว และถือว่าผู้เอาประกันภัย เจ้าของกรมธรรม์ ผู้รับประโยชน์ หรือทายาท ได้รับคำบอกกล่าวโดยชอบแล้วเมื่อครบกำหนดสองวัน (2 วัน) นับแต่วันที่ไปรษณีย์ต้นทางประทับตรารับเอกสารเพื่อจัดส่ง หากผู้รับประโยชน์ประสงค์จะขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือช่องทางการติดต่อของตน จะต้องแจ้งให้บริษัททราบ มิฉะนั้นให้ยึดถือช่องทางการติดต่อข้างต้นเป็นหลักในการส่งคำบอกกล่าว

ผู้ลงนามข้างท้ายแบบเรียกร้องฉบับนี้ ขอเรียกร้องต่อบริษัท เอไอเอ จำกัด และยอมรับว่าบันทึกถ้อยคำและหลักฐานประกอบของแพทย์ทุกท่านที่ให้การรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตรวมทั้งเอกสารอื่นๆที่ใช้ประกอบแบบเรียกร้องนี้ทั้งหมด ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการเรียกร้องสินไหมมรณกรรมรายนี้ ทั้งยอมรับอีกด้วยว่าการที่บริษัทได้จัดแบบเรียกร้องนี้ให้ หรือแบบพิมพ์อื่นใด ไม่ถือว่าเป็นคำรับรองของบริษัทว่ากรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้นยังมีผลบังคับอยู่ ทั้งไม่ถือว่าเป็นการสละสิทธิข้อต่อสู้ใดๆ ของบริษัทด้วย

ช่องทางการขอรับเงินสินไหมมรณกรรม และเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ (ถ้ามี) กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ***(สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตรายเดี่ยวและประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลเท่านั้น)***

- ☐ บัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชน
- ☐ บัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

  ธนาคาร : ชื่อบัญชี: เลขที่บัญชี:
- ☐ เช็คผ่านไปรษณีย์
- ☐ เช็คผ่านตัวแทน

สำคัญ: กรณีเลือกรับผ่านบัญชีพร้อมเพย์หรือบัญชีธนาคาร ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทและธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น ใช้และเปิดเผยข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชี เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบความถูกต้อง และยืนยันตัวตนของข้าพเจ้า ทั้งนี้ เงื่อนไขการขอรับสินไหมมรณกรรมผ่านบัญชีพร้อมเพย์หรือบัญชีธนาคาร ให้เป็นไปตามที่บริษัทกำหนด

หนังสือให้ความยินยอม / AUTHORIZATION

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เสียชีวิตที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เสียชีวิตต่อบริษัทประกันภัย หรือ บริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ (ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์) .....
Signature of Beneficiary (Claimant) (.....)

วันที่ (วัน/เดือน/ปี) .....
(DD/MM/YY)