



(สำหรับผู้เรียกร้อง)

แบบเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

CLAIMANT'S STATEMENT

กรุณาอ่านคำแนะนำด้านหลัง ก่อนทำบันทึกถ้อยคำฉบับนี้

ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต Name in full เพศ Sex อายุ Age
หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัยทั้งหมด / Policy Number (All) จำนวนเงินเอาประกันภัย / Amount of Assurance

1. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
Residence at death No. Street Sub-District District Province

2 อาชีพขณะเสียชีวิต
Occupation at time of death

3. ก. วันที่เสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต
Date of Death Place of Death

ข. เหตุที่เสียชีวิต
Cause of death

4. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ทุกคนที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างการป่วยครั้งสุดท้าย และในระหว่างสามปีก่อนนั้นด้วย
Name and address of all physicians who attend deceased during his last illness and during three years prior there to.

Table with 4 columns: ชื่อ / Name, ที่อยู่ / Address, วันที่รักษา / Date of Attendance, โรค หรือ อาการป่วย / Disease or Condition

5. ผู้เสียชีวิตมีประกันภัยไว้กับบริษัทใดอีก เป็นจำนวนเงินเท่าไร?
With what other company, and for what amounts, was the life of deceased assured?

Table with 4 columns: บริษัท Company, หมายเลขกรมธรรม์ Policy Number, วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ Policy Date, จำนวนเงินเอาประกันภัย Amount of Assurance

ผู้ลงนามข้างท้ายแบบเรียกร้องฉบับนี้ ขอเรียกร้องต่อบริษัท เอไอเอ จำกัด และยอมรับว่าบันทึกถ้อยคำและหลักฐานประกอบของแพทย์ทุกท่านที่ให้การรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตรวมทั้งเอกสารอื่นๆที่ใช้ประกอบแบบเรียกร้องนี้ทั้งหมด ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการเรียกร้องสินไหมมรณกรรมรายนี้ ทั้งยอมรับอีกด้วยว่าการที่บริษัทฯ ได้จัดแบบเรียกร้องนี้ให้ หรือแบบพิมพ์อื่นใด ไม่ถือว่าเป็นการรับรองของบริษัฯ ว่ากรมธรรม์ประกันชีวิตข้างต้นยังมีผลบังคับอยู่ ทั้งนี้ถือว่าการสละสิทธิข้อต่อสู้ใดๆ ของบริษัฯ ด้วย

The undersigned hereby makes claim to said assurance in AIA Company Limited And agrees that the written statements of all the physicians who attend or treated the assured and all other papers called by the instructions hereon, shall constitute and they are hereby made a part of these Proofs of Death, and further agrees that the furnishing of this form, or of any other forms supplemental thereto, by said company shall not constitute nor be considered an admission by it that there was any assurance in force on life in question, nor a waiver of any its rights or defenses.

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง (ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์)
Signature of claimant ( Beneficiary

เขียนที่ Signed at วันที่ (วันเดือนปี) Date (DD/MM/YY)

ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง Claimant's address หมายเลขโทรศัพท์ Telephone No.

สำคัญ: เพื่อป้องกันกรล่าช้า โปรดลงนามบนหนังสือให้ความยินยอมท้ายรายการนี้ Important: To avoid delay, please sign Authorization at bottom of Report.

หนังสือให้ความยินยอม
ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เสียชีวิตที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เสียชีวิตต่อบริษัทประกันภัย หรือ บริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ได้อันหนึ่งสำเนาไปหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

AUTHORIZATION
You agree to authorize any physician, hospital, clinic, related party or other organization that has any health records or knowledge of the deceased to furnish AIA Company Limited with information concerning my medical history and physical condition for the purpose of underwriting and benefit payment under insurance contract. You agree to authorize AIA Company Limited to record, use and disclose your information and health record to any insurance company, reinsurance company, related party, government body or medical personnel for the purpose of underwriting and benefit payment under insurance contract, and medical purpose. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม
Signature of claimant ( )

สถานที่ติดต่อ Claimant's address หมายเลขโทรศัพท์ Telephone No.



C31500