



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

43 อาคารไทย ซิซี ทาวเวอร์ ชั้นที่ 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ : 02-033-9000

แบบแจ้งเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (1 ฉบับต่อผู้เรียกร้องสิทธิ 1 ท่าน)

ชื่อ - นามสกุลของผู้เสียชีวิต ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี

1. ชื่อ - นามสกุลของผู้เรียกร้องสิทธิ

ชื่อ - นามสกุล .....  
เพศ ..... อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต .....  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... E-mail address .....

2. ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ ตามกรมธรรม์  
ประกันภัยฉบับนี้ใช่หรือไม่ ถ้าไม่ใช่  
ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องนี้

( ) ใช่  
( ) ไม่ใช่ โปรดระบุสิทธิ .....

3. ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิต

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

4. ก) วันที่เสียชีวิต  
ข) สถานที่เสียชีวิต  
ค) เสียชีวิตจากสาเหตุ

ก) .....  
ข) .....  
ค) .....

5. ก) ผู้เสียชีวิตเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร  
ข) ผู้เสียชีวิตไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับการ  
เจ็บป่วยครั้งสุดท้ายหลังสุดเมื่อใด

ก) .....  
ข) วันที่ .....  
ชื่อสถานพยาบาล .....

6. ผู้เสียชีวิตได้พูดถึงความเจ็บป่วย หรือมีอาการ  
ที่แสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด

วันที่ .....  
อาการที่สังเกตเห็น .....

7. ประวัติการรักษาพยาบาลก่อนการเสียชีวิต

ชื่อสถานพยาบาล	วันที่รักษา	โรคและอาการเจ็บป่วย
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

8. รายละเอียดการทำประกันชีวิตหรือประกันภัยอื่นของผู้เสียชีวิต

ชื่อบริษัท	เลขที่กรมธรรม์	วันที่สัญญาจะมีผลบังคับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

9. อื่นๆ .....

**คำแถลงเกี่ยวกับการรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)**

โปรดกาเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมหากท่านมีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card)

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ได้อีกกับบริษัทเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบริษัท ซึ่งบริษัทอาจจะนำข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ไปใช้ได้

ข้าพเจ้ารับทราบว่าคุณข้อมูลในแบบฟอร์มนี้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต ผู้รับประโยชน์หรือข้าพเจ้า ที่รายงาน อาจถูกนำส่งหน่วยงานทางด้านภาษี ซึ่งข้อมูลจะถูกรักษาและแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานทางด้านภาษีในประเทศหรือต่างประเทศ หรือ ตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางภาษีอากร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้เรียกร้องสิทธิ (หรือเป็นผู้รับมอบอำนาจแทนผู้เรียกร้องสิทธิ) ของผู้เสียชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงทั้งหมดที่ทำขึ้นนี้เป็นข้อมูลแท้ที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อว่าเป็นเช่นนั้น มีความถูกต้องและสมบูรณ์

ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แสดงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

คำขอฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

## หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ให้ความยินยอม ตามกรรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) และผู้เอาประกันภัยที่รวมถึง ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อ บริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมธรรม์ และ/หรือ บริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว

เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ :

\* กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ความสัมพันธ์.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....