

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (Death Claim)

- **กรณีมรณกรรมโดยธรรมชาติ หรือกรณีเจ็บป่วย**
 - แบบฟอร์มคำขอรับเงินสินไหมมรณกรรมของบริษัทฯ ต้นฉบับ ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมกรณีเป็นผู้เยาว์ หรือผู้จัดการมรดก (หนึ่งใบต่อผู้เรียกร้องสิทธิหนึ่งท่าน)
 - สำเนาบัตรของผู้อุปการะ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อุปการะ ที่มีการประทับตราจำหน่าย “ตาย”
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้อุปการะ (หน้า-หลังบัตร)
 - สำเนาบัตรประชาชน* (หน้า-หลัง) ของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก
 - ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก (หนึ่งภาพต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งท่าน)
 - ใบรายงานแพทย์ผู้รักษากรณีมรณกรรมตามแบบฟอร์มของบริษัทฯต้นฉบับ หรือหลักฐานประกอบอื่นๆ(ถ้ามี)
(กรณีเสียชีวิตที่บ้านใช้สำเนาหนังสือรับรองการตายแทน)
 - หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาต้นฉบับ
 - กรมธรรม์ฉบับจริง : หากกรมธรรม์สูญหายสามารถใช้รายงานประจำวันแจ้งกรมธรรม์สูญหายต้นฉบับแทน
 - สำเนาหน้าเลขที่บัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก
 - **กรณีมรณกรรมโดยผิดธรรมชาติ เช่นด้วยอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือไม่ทราบสาเหตุ ฯลฯ แบบเอกสารเพิ่มเติมดังนี้**
 - สำเนารายงานประจำวันเกี่ยวกับคดี หรือรายงานการตรวจศพ
 - หลักฐานประกอบอื่นๆ เพื่อแสดงสาเหตุการเสียชีวิต(ถ้ามี) เช่น สำเนาใบรายงานการชันสูตรพลิกศพจากสถาบันนิติเวชวิทยา (ด้านหน้า-หลัง) , สำเนาหนังสือรับรองการตาย เป็นต้น
- เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี
- กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง
 - สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก, สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์, สำเนาคำสั่งศาลให้เป็นบุคคลสาบสูญ
 - หลักฐานประกอบอื่นๆ เช่น ในกรณีอุบัติเหตุที่มีการจ่ายชดเชย 2 เท่า ถ้ามีตัวรถโดยสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้โดยสารจริงและได้เดินทางไปกับพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์**

ผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 7 ปี	ผู้เยาว์อายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป
1. สำเนาสูติบัตรของผู้เยาว์ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เยาว์ 3. สำเนาบัตรประชาชน* (หน้า-หลัง) ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม 4. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณานำแบบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์) 5. ภาพถ่ายหน้าตรงของผู้เยาว์ 6. ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม สำเนาเอกสารของผู้เยาว์ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์	1. สำเนาบัตรประชาชน (หน้า-หลัง) ของผู้เยาว์ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เยาว์ 3. สำเนาบัตรประชาชน* (หน้า-หลัง) ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม 4. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณานำแบบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์) 5. ภาพถ่ายหน้าตรงของผู้เยาว์ 6. ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม สำเนาเอกสารของผู้เยาว์ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เมื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

หมายเหตุ

1. กรณีผู้อุปการะ/ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ที่ยังไม่ถึงบรรลุนิติภาวะ ให้ใช้สำเนาสูติบัตรแทน
 2. สำเนาเอกสารของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน ต้องลงนามรับรองสำเนาโดยเจ้าของข้อมูลแต่ละท่าน หรือโดยผู้แทนโดยชอบธรรมกรณีเป็นผู้เยาว์**
 3. สำเนาเอกสารของผู้อุปการะทุกท่าน ต้องรับรองสำเนาโดยผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์** หรือผู้จัดการมรดก คนใดคนหนึ่ง (แล้วแต่กรณี)
- * โปรด ชิดฆ่ากับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับที่ชิดฆ่านั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการชิดฆ่ากับ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร: ฝ่ายพิจารณาสินไหม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 175 อาคารสารสินธุ์ ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

☎ หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ Call Center โทร 02-648-3600, LINE: @rabbit_life หรือ E-mail: cs@rabbitlife.co.th
ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.00 – 17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

CLA_1805202



คำขอรับเงินสินไหมทดแทนการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย (1 ฉบับต่อผู้เรียกร้องสิทธิ 1 ท่าน)

1. รายละเอียดของผู้เอาประกัน (ผู้เสียชีวิต) <input type="checkbox"/> Individual Insurance <input type="checkbox"/> Group Insurance ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี หมายเลขกรมธรรม์ _____ จำนวนเงินเอาประกัน _____ บาท อาชีพ/ลักษณะงานครั้งสุดท้ายของผู้เอาประกัน _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง _____ ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้า "มี" โปรดระบุ _____			
2. รายละเอียดการเสียชีวิต วัน/เดือน/ปีที่เสียชีวิต _____ เวลา _____ น. สถานที่เสียชีวิต _____ สาเหตุการเสียชีวิต _____ ผู้เอาประกันมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด อาการ _____ เมื่อวันที่ _____ รักษาครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) _____ สถานพยาบาล _____ รักษาครั้งสุดท้าย (วัน/เดือน/ปี) _____ สถานพยาบาล _____			
3. รายละเอียดของผู้รับประโยชน์/ผู้เรียกร้องสินไหม ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกให้ติดต่อ _____ อาชีพ/ลักษณะงาน _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง _____ ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ ท่านเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (ถ้าไม่ใช่ท่าน ใช้สิทธิในฐานะใดในการยื่นคำขอรับเงินครั้งนี้) ระบุ _____ ท่านประสงค์รับเงินสินไหมโดย <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี _____ (พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร) <input type="checkbox"/> ขอรับเป็นเช็ค ที่อยู่ในการจัดส่ง _____ _____ (ต้องมีผู้เซ็นได้รับเอกสารกับบุตร/หญิงไปรษณีย์)			
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th			
ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ที่อายุไม่เกิน 7 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ที่อายุมากกว่า 7 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____		
ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)		
หมายเหตุ : 1. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 7 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 7 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์ 2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ (ระบุข้างใต้) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน			

CLA_18052022

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษากรณีรณกรรม

ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต _____ ID No. _____ อายุ _____ ปี เพศ ชาย หญิง
ที่อยู่ _____
สถานพยาบาลที่ทำการรักษา _____ #HN. _____ #AN. _____
ชื่อแพทย์ที่รักษา _____

รายละเอียดการเสียชีวิต

1. วัน/เดือน/ปีที่เสียชีวิต _____ เวลา _____ น. สถานที่เสียชีวิต _____
สาเหตุการเสียชีวิต _____
สาเหตุนำ _____ สาเหตุแทรกซ้อน _____

2. วัน/เดือน/ปี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ _____
จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วย/หรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรค หรืออาการผิดปกติต่างๆอย่างไรบ้าง

อาการของโรคหรืออาการผิดปกติตามข้อ 2 นั้นเป็นมานานเท่าไร (โปรดระบุวัน เดือน ปี ที่มีอาการผิดปกติ)

3. ท่านรู้จักกับผู้ตายมานานเท่าใด _____ ในทัศนะของท่าน ผู้ตายเจ็บป่วยมานานเท่าใด _____
ผู้ตายมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆอีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วย/และหรือญาติผู้ป่วย) ถ้ามี โรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด

4. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่นและที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่
หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อสถานพยาบาล/ชื่อแพทย์	โรคหรืออาการที่รักษา

5. สาเหตุการถึงแก่กรรมสืบเนื่องมาจาก อุบัติเหตุ(Accident) การทำอัตวินิบาตกรรม(Suicide) ฆาตกรรม(Murder)

โปรดอธิบาย _____

ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่ _____

สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่ _____

มีการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์หรือไม่ (หากมี โปรดระบุผลการตรวจ) _____

มีการตรวจปริมาณสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี โปรดระบุผลการตรวจ) _____

มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุปนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ มี ไม่มี

7. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้ _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ตำแหน่งที่เป็นแผลเป็น _____

8. ความเห็นอื่น ๆ _____

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง _____ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ _____

คุณวุฒิ _____ ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล _____

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้รักษา

(_____)

วันที่ _____

CLA_18052022

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

กรุณาเลือกกรณีใดกรณีหนึ่ง

ในฐานะ: ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกัน หรือ
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาท ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์ ผู้จัดการมรดก ผู้รับประโยชน์ของ _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ ของ _____ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโดยให้หนังสือฉบับนี้มีผลใช้บังคับจนกว่าจะชดใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง **สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

หมายเหตุ :

1. ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (เขียนระบุว่าลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้มีพยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน
2. หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้อื่นใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ
ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

AUTH-UWC_18052022