



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (Policy No.)

□□□□ - □□□□□□□□

ก้อยแกลงของผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

เราเข้าใจว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีความสำคัญกับท่านดังนั้นเพื่อให้การพิจารณาอนุมัติสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็วกรุณา 1) กรอกแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วน 2) แนบเอกสารดังระบุไว้ในหน้าที่ 4 และ 3) ส่งแบบฟอร์มนี้ผ่านทางตัวแทนหรือสำนักงานใหญ่โดยเร็วที่สุด

หมายเหตุ ผู้เรียกร้องค่าสินไหมควรกรอกแบบฟอร์มนี้ด้วยตนเองและไม่ควรลงนามในแบบฟอร์มโดยไม่ได้กรอกข้อมูลเอง ทั้งนี้ไม่มีค่าธรรมเนียมค่าคอมมิชชั่นหรือค่าใช้จ่ายใดๆ แก่ตัวแทนหรือพนักงานในการเรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้

กรณีชื่อผู้รับประโยชน์ ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในเล่มกรมธรรม์ กรุณาแนบเอกสารเพื่อยืนยันพร้อมทั้งแบบฟอร์มนี้

1 รายละเอียดผู้เสียชีวิต

ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต	เลขที่บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ที่อยู่ปัจจุบัน	<input type="text"/>
อาชีพขณะเสียชีวิต	สถานที่ทำงาน
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 ประเภทของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- การเสียชีวิตของผู้เอาประกัน การเสียชีวิตของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

3 รายละเอียดของการเสียชีวิต

วันที่เสียชีวิต	สถานที่เสียชีวิต
<input type="text"/>	<input type="text"/>
สาเหตุที่เสียชีวิต	<input type="text"/>

ชื่อและที่อยู่แพทย์ทุกท่านที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างป่วยครั้งสุดท้ายและภายในห้าปีที่ผ่านมา
***การพิจารณาอนุมัติสินไหมจะเป็นไปอย่างรวดเร็วหากได้รับข้อมูลประวัติการรักษาของผู้เสียชีวิตที่ครบถ้วน**

วัน / เดือน / ปี ที่รับการรักษา	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ให้การรักษา	ชื่อโรคและอาการเจ็บป่วย
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 กรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับทั้งหมด

ชื่อบริษัทประกันภัย	เลขที่กรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สถานะการเรียกร้องสินไหม
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FOR OFFICE USE ONLY

Received date:

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกรอกแบบฟอร์ม

กรุณาติดต่อ
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ที่หมายเลข 1159
หรือติดต่อสำนักงานใหญ่
บมจ.กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์
แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

ข้อมูลผู้ให้บริการ

ชื่อ-สกุล	<input type="text"/>
เบอร์โทร	<input type="text"/>
อีเมล	<input type="text"/>

บริษัทฯ จะติดต่อท่านตามรายละเอียด
ที่แจ้งไว้ในช่องนี้

5 รายละเอียดผู้รับประโยชน์

1. ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	อีเมล
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ที่อยู่ในการติดต่อ

โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ชื่อบัญชี <input type="text"/>	เลขที่บัญชี <input type="text"/>
ธนาคาร <input type="text"/>	สาขา <input type="text"/>

2. ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	อีเมล
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ที่อยู่ในการติดต่อ

โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ชื่อบัญชี <input type="text"/>	เลขที่บัญชี <input type="text"/>
ธนาคาร <input type="text"/>	สาขา <input type="text"/>

3. ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	อีเมล
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ที่อยู่ในการติดต่อ

โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ชื่อบัญชี <input type="text"/>	เลขที่บัญชี <input type="text"/>
ธนาคาร <input type="text"/>	สาขา <input type="text"/>

4. ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	อีเมล
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ที่อยู่ในการติดต่อ

โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ชื่อบัญชี <input type="text"/>	เลขที่บัญชี <input type="text"/>
ธนาคาร <input type="text"/>	สาขา <input type="text"/>

*เพื่อความสะดวกรวดเร็วบริษัทฯ จะจัดส่งข้อมูลและผลประโยชน์ตามกรรมวิธีผ่านทางSMS/Email
โปรดแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้รับประโยชน์ท่านนั้น และรับรองสำเนาถูกต้องเป็นหลักฐาน
มาพร้อมกับหนังสือฉบับนี้

6 คำประกาศและการอนุญาต

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax
Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

6.1 การรับรองสถานะ

- ก. ข้าพเจ้ามีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ไม่มี มี โปรดระบุ
ถึงสัญชาติอเมริกัน
เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ถึงสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ข้าพเจ้าเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่อย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา
(Green card) หรือไม่
- ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ข้าพเจ้ามีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ไม่มี มี
- ง. ข้าพเจ้ามีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศ
สหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
- ไม่มี มี

6.2 คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัท ไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในกรณีนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัท สามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้ทราบ

ข้าพเจ้า ชื่อ วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี
ที่อยู่
มีความสัมพันธ์เป็น ของผู้เสียชีวิต และเป็น
 ผู้รับประโยชน์/ผู้รับมอบอำนาจกรณีผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล
 ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงในนามตนเองและบุคคลอื่นที่อ้างถึงในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้ (“บุคคลที่เกี่ยวข้อง”) ว่า ข้อความทั้งหมดและการตอบคำถามต่าง ๆ ที่ให้ไว้ ไม่ว่าจะเขียนด้วยลายมือของข้าพเจ้าเองหรือไม่ก็ตาม ถือว่าข้าพเจ้ารับทราบและรับรองข้อมูลทั้งหมดว่าถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงว่าข้าพเจ้าได้รับมอบอำนาจอย่างเต็มที่และความยินยอมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในคำประกาศและข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น

- ข้าพเจ้าอนุญาตในนามของตนเอง ผู้เอาประกัน และบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหลาย แก่
- (1) นายจ้าง แพทย์จดทะเบียน โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกัน ธนาคาร หน่วยงานราชการ หรือหน่วยงานอื่น ๆ บุคคลหรือองค์กรใด ๆ ที่มีบันทึกหรือได้รับรู้เกี่ยวกับข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน หรือ บุคคลที่ได้รับความคุ้มครอง และผู้ซึ่งได้เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน ผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ให้สามารถเปิดเผยและจัดหาข้อมูลและบันทึกซึ่งอาจมีการร้องขอจากบริษัท ฯ ให้กับบริษัท ฯ
 - (2) บริษัท หรือ แพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ทำการตรวจร่างกาย หรือการตรวจเช็คทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลทางการแพทย์และทดสอบ เพื่อที่จะประเมินสถานะทางสุขภาพของข้าพเจ้า ผู้เอาประกัน และผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องนี้

การอนุญาตดังกล่าวนี้จะผูกพันถึงทายาท ผู้รับโอน ของข้าพเจ้า และยังคงมีผลผูกพันไม่ว่าโดยการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ สำเนาของการอนุญาตนี้ให้ถือว่ามีผลผูกพันสมบูรณ์เทียบเท่าคำประกาศและการอนุญาตฉบับจริงที่ข้าพเจ้าได้มีอำนาจเต็มและยินยอมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

- ข้าพเจ้าไม่อนุญาตให้บริษัท ฯ นำข้อมูลของข้าพเจ้ามาปรับปรุงเป็นปัจจุบันในระบบฐานข้อมูลของบริษัท ฯ
- ข้าพเจ้าไม่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และไม่ประสงค์จะรับเอกสารส่งเสริมทางการตลาดแบบตรงใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า ทั้งในอดีต และปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่บริษัท ไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับ มอบหมาย และสำเนาภาพถ่ายหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ถือว่ามิผลบังคับได้

ผู้เรียกร้องสินไหม ลายเซ็น ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต วันที่

7 เอกสารแนบ


โปรดทำเครื่องหมายในช่องเอกสารที่แนบมาพร้อมกับใบเรียกร้องค่าสินไหมฉบับนี้ กรณีที่แนบเอกสารมาไม่ครบ ทางบริษัท ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลินไหมหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

No.	เอกสารที่ต้องการ	กรณีเสียชีวิต ด้วยโรค/เจ็บป่วย	กรณีเสียชีวิต โดยผิดธรรมชาติ
1	ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (ฟอร์มบริษัท)	✓	✓
2	สำเนาบัตร (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)	✓	✓
3	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)	✓	✓
4	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันที่มีการจำหน่าย “ตาย” (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)	✓	✓
5	สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)	✓	✓
6	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)	✓	✓
7	สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน	✓	✓
8	สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ (ข้อไป-ข้อกลับ)	✗	✓
9	สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ (ด้านหน้า-ด้านหลัง)	✗	✓
10	ใบมอบอำนาจกรณีเสียชีวิต (ฟอร์มบริษัท)	*	*
11	สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล	*	*


✓ จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา ✗ ไม่จำเป็นต้องนำส่ง * ใช้ประกอบการพิจารณาในบางกรณี

9 การติดตามสถานะลินไหม

ท่านจะได้รับข้อความหรืออีเมลหลังจากบริษัทฯ ได้รับผลการเรียกร้องค่าสินไหม หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ตามช่องทางต่อไปนี้



<https://www.krungthai-axa.co.th/>
(การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน)



ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์
โทร. 1159



customer-care@krungthai-axa.co.th

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ยืนยันที่จะให้การเรียกร้องค่าสินไหมของท่านเป็นไปด้วยความรวดเร็วและไม่ซับซ้อน ขอคุณที่ให้ความไว้วางใจในบริษัท ฯ เรายินดีที่จะให้บริการท่านอย่างดีที่สุด