

## เอกสารประกอบการเรียกร้องสิทธิกรณีมรณกรรม

กรมธรรม์เลขที่.....นามผู้เอาประกันภัย.....

### 1. กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ เอกสารที่ต้องใช้

- ☐ คำแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องในมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย
- ☐ ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาผู้เอาประกันภัยที่ถึงแก่มรณกรรม
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองการตาย
- ☐ มรณบัตรต้นฉบับ หรือสำเนาที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต (ที่ประทับตรา “ตาย” จากส่วนราชการ) และรับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ (ทุกคน) ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ (ทุกคน) ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ กรมธรรม์ หรือ ใบรับรองการเอาประกันภัยต้นฉบับ
- ☐ หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ที่ลงนามโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ อื่นๆ.....

### 2. กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ เอกสารที่ต้องใช้

- ☐ คำแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องในมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย
- ☐ ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาผู้เอาประกันภัยที่ถึงแก่มรณกรรม
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองการตาย
- ☐ มรณบัตรต้นฉบับ หรือสำเนาที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต (ที่ประทับตรา “ตาย” จากส่วนราชการ) และรับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ (ทุกคน) ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ (ทุกคน) ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ (ทุกคน) ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- ☐ สำเนาชันสูตรพลิกศพ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- ☐ กรมธรรม์ หรือ ใบรับรองการเอาประกันภัยต้นฉบับ
- ☐ หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ที่ลงนามโดยผู้รับประโยชน์
- ☐ อื่นๆ.....

หมายเหตุ เอกสารต่างๆ ที่เป็นสำเนาจะต้องให้เจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสารนั้นๆ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ลงนาม.....ผู้ส่งเอกสาร วันที่.....

( )

## คำแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องในมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่.....นามผู้เอาประกัน ภัย.....

จำนวนเงินเอาประกันภัย.....วันเริ่มสัญญา.....

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ชื่อและนามสกุล อายุ อาชีพ ที่อยู่ ปัจจุบัน ที่สามารถติดต่อได้ ความสัมพันธ์ของผู้ขอรับเงินสินไหมมรณกรรมกับผู้เอาประกันภัย</p>                                       | <p>ชื่อ.....อายุ.....ปี<br/>อาชีพ.....<br/>ที่อยู่.....ถนน.....<br/>ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....<br/>จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....<br/>โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....</p> |
| <p>2. ก. ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้เอาประกันภัย</p> <p>ข. อาชีพสุดท้ายก่อนเสียชีวิต/ประกอบอาชีพนานเท่าใด</p>                                                              | <p>ก. เลขที่.....ถนน.....<br/>ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....<br/>จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>ข. อาชีพ.....<br/>ระยะเวลา.....</p>                                   |
| <p>3. ก. วันที่และสถานที่ที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต</p> <p>ข. สาเหตุที่เสียชีวิต</p>                                                                                    | <p>ก. วัน เดือน ปี.....<br/>สถานที่.....</p> <p>ข. <input type="checkbox"/> จากการเจ็บป่วย คือ .....<br/><input type="checkbox"/> จากอุบัติเหตุ คือ.....</p>              |
| <p>4. ก. ผู้เอาประกันภัยเริ่มมีอาการหรือเริ่มป่วยมาตั้งแต่เมื่อใด</p> <p>ข. ผู้เอาประกันภัยเริ่มเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์เมื่อใด (กรุณาระบุชื่อแพทย์และสถานพยาบาล)</p> | <p>ก. วัน เดือน ปี.....</p> <p>ข. วัน เดือน ปี.....<br/>ชื่อแพทย์และสถานพยาบาล.....<br/>.....</p>                                                                         |
| <p>5. นามและที่อยู่ของนายแพทย์ที่ทำการรักษาขณะที่เสียชีวิต</p>                                                                                                           | <p>ชื่อแพทย์.....<br/>ชื่อสถานพยาบาล.....</p>                                                                                                                             |

6. นามและที่อยู่ของนายแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ตายมาในช่วง 3 ปีที่แล้ว

| นามและที่อยู่ของนายแพทย์ หรือสถานพยาบาล | ระยะเวลาที่ทำการรักษา | อาการหรือโรคที่รักษา |
|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| .....                                   | .....                 | .....                |
| .....                                   | .....                 | .....                |

|                                                    |                              |                                 |                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 7. ผู้ตายทำประกันสุขภาพไว้กับบริษัทอื่นด้วยหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | ถ้าใช่โปรดระบุรายละเอียด |
| ชื่อบริษัท                                         | กรมธรรม์เลขที่               | วันที่เริ่มสัญญา                | จำนวนเงินเอาประกันภัย    |
| .....                                              | .....                        | .....                           | .....                    |
| .....                                              | .....                        | .....                           | .....                    |
| .....                                              | .....                        | .....                           | .....                    |

## หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็นผู้รับประโยชน์  
 ของ (นาย,นาง,นางสาว).....ขอยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล และสถานพยาบาล  
 ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาในอดีตจนถึงปัจจุบันของ (นาย,นาง,นางสาว).....ให้แก่  
 บมจ.พรุเด็นเชียลประกันชีวิต (ประเทศไทย) ได้ โดยข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายใด ๆ ต่อผู้ที่เปิดเผยข้อมูล  
 ของ (นาย,นาง,นางสาว) ..... ดังกล่าวมาแล้ว

(ลงชื่อ).X.....ผู้ให้ความยินยอม  
 (.....)

(ลงชื่อ)..X.....พยาน  
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
 (.....)

## ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้มรณกรรม

แพทย์.....

| <p>1. ชื่อ-สกุล ผู้เสียชีวิต<br/>หมายเลขบัตรประชาชน<br/>ที่อยู่ปัจจุบัน</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>ชื่อ.....อายุ.....ปี<br/>.....<br/>.....</p>                                                       |                |              |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|----------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <p>2. ก. วันที่เสียชีวิต<br/>ข. สถานที่เสียชีวิต<br/>ค. สาเหตุการเสียชีวิต<br/>ง. สาเหตุนำ<br/>จ. สาเหตุแทรกซ้อน</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>ก.....<br/>ข.....<br/>ค.....<br/>ง.....<br/>จ.....</p>                                             |                |              |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <p>3. ก. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา<br/>ข. วันที่เข้ารักษา/วันที่ออกจากโรงพยาบาล<br/>ค. เลขที่บัตรผู้ป่วยทั่วไป<br/>ง. เลขที่บัตรผู้ป่วยใน</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>ก.....<br/>ข. เข้าวันที่.....ออกวันที่.....<br/>ค. H.N.....<br/>ง. A.N.....</p>                    |                |              |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <p>4. ก. คนไข้อยู่ด้วยโรคนี้มานานเท่าใด<br/>ข. คนไข้เริ่มรักษาด้วยโรคนี้มานานเท่าไร</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>.....<br/>.....</p>                                                                                |                |              |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <p>5. ผู้ป่วยเคยมีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลนี้หรือที่อื่นหรือไม่ (โปรดระบุ) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานที่รักษา</th> <th>วัน/เดือน/ปี</th> <th>การวินิจฉัยโรค</th> <th>การรักษา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                       | สถานที่รักษา   | วัน/เดือน/ปี | การวินิจฉัยโรค | การรักษา | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| สถานที่รักษา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | วัน/เดือน/ปี                                                                                          | การวินิจฉัยโรค | การรักษา     |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | .....                                                                                                 | .....          | .....        |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | .....                                                                                                 | .....          | .....        |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | .....                                                                                                 | .....          | .....        |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <p>6. กรณีที่มีการชันสูตรพลิกศพ<br/>ก. จากการชันสูตรพลิกศพท่านมีความเห็นว่า<br/>ผู้ตายตายด้วยสาเหตุใด<br/>ข. เป็นการชันสูตรพลิกศพตามวิธีการ<br/>ของแพทย์หรือไม่ (Autopsy)<br/>โปรดระบุสถานที่ทำการชันสูตรศพ</p>                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>ก.....<br/>.....<br/>ข. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่<br/>.....</p> |                |              |                |          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>7. ก. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่<br/>โปรดระบุผลการตรวจ (mg%)</p> <p>ข. มีการตรวจหา ยาเสพติดหรือสารพิษหรือไม่<br/>โปรดระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ</p> | <p>ก. <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>ผลการตรวจ..... (mg%)</p> <p>ข. <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>ตรวจพบ.....</p> |
| <p>8. สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสืบเนื่องมาจากสุรา/<br/>ยาเสพติดหรือไม่</p>                                                                                    | <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชื่อสารเสพติด.....</p>                                                                                    |
| <p>9. ผู้ตายมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนหรือไม่<br/>ถ้ามีโปรดระบุ</p>                                                                                                     | <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี โรค .....ระยะเวลาป่วย.....</p>                                                                                      |
| <p>10. ตามทัศนะของท่าน เชื่อว่าการตายนี้เป็นการ<br/>ฆาตกรรม/อัตวินิบาตกรรม/อุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย<br/>โปรดระบุ</p>                                             | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                   |
| <p>11. ความเห็นอื่นๆ</p>                                                                                                                                           | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                   |

ลงชื่อ.....แพทย์  
( )

คุณวุฒิ.....  
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์.....  
วันที่.....

โปรดประทับตราสถานพยาบาล



บริษัทฯ ไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้ได้มาของเอกสารฉบับนี้