



ถ้อยคำผู้รับประโยชน์ Beneficiary Declaration เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม Death Claim Request Form

วันที่ (Date).....

ตามสัญญาประกันภัย เลขที่.....
According to the Insurance Contract No.

- ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย..... ชื่อ-สกุลเดิม.....
Name-Surname of the Insured Former Name-Surname
- วัน, เดือน, ปีเกิดผู้เอาประกันภัย..... สถานที่เกิด.....
Date of Birth of the Insured Birth Place
- วันที่เสียชีวิต..... สถานที่เสียชีวิต.....
Date of Death Place of Death
- อาชีพก่อนเสียชีวิต..... สถานที่ทำงาน.....
Occupation Before Death Workplace
- สาเหตุของการเสียชีวิต.....
Cause of Death
- ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาลแห่งนี้หรืออื่นๆ ดังนี้
Before death, the insured used to receive medical treatment from this medical center or others as detailed below.

โรค หรือ อาการเจ็บป่วย Disease or Condition	วันที่รับการรักษา Date of Treatment	ชื่อแพทย์ Name of Physician	สถานพยาบาล Name of Medical Center

- การย้ายถิ่นที่อยู่หรือสถานที่ทำงานก่อนการเสียชีวิต ไม่มี (No) มี โปรดระบุ (Yes, please specify).....
Has the insured ever moved to other resident location or workplace before death?
- การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกันภัย ไม่มี (No) มี โปรดระบุ (Yes, please specify).....
Has the insured held other policies with other companies?

บริษัท Company	เลขที่สัญญาประกันภัย Insurance Contract No.	วันที่เริ่มสัญญา/มีผลบังคับ Contract Formation/Effective Date	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured

9. ข้อมูลผู้รับประโยชน์ (Beneficiary's Information)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Name-Surname	ที่อยู่ปัจจุบัน Present Address	ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย) Residential address in the country of nationality (in case of non-Thai nationality)	อาชีพ Occupation	หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล Phone Number/E-mail Address
1.	<input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify..... 			
2.	<input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify..... 			
3.	<input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify..... 			

10. ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์ (Mailing address).....
.....แฟกซ์ (Fax).....

หากต้องการรับแจ้งข้อมูลการพิจารณาสินไหมมรณกรรมจากทางบริษัทเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ โปรดระบุหมายเลขโทรศัพท์
If you would like the Company to inform the death claim result through SMS on mobile phone, please specify the mobile phone.

.....(บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการแจ้งข้อมูลเพียง 1 หมายเลขโทรศัพท์เท่านั้น)
(The Company reserves the right to send information to only one mobile phone no.)

11. วิธีการรับสินไหมมรณกรรม (Death Claim Collection)

- รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited
- รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....
Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch
- ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name).....สังกัด (Team/Department).....
- ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ระบุในข้อ 10
Direct mail to the address specified Item 10

**ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
Declaration and Authorized of Medical History Disclosure**

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เสียชีวิตเปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษา และผลการตรวจสุขภาพให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้ามอบอำนาจให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เสียชีวิตเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้

With this letter, I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided the deceased with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to Muang Thai Life Assurance Public Company Limited, and I authorized Muang Thai Life Assurance Public Company Limited or a representative of the Company to act as a legal representative to proceed and contact to receive the afore-mentioned medical history from the attending physician(s) hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided the deceased with medical treatment as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this authorization is regarded as equally effective and complete as the original.

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
Sign Beneficiary/Legal heir/Legal representative
()

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
Sign Beneficiary/Legal heir/Legal representative
()

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
Sign Beneficiary/Legal heir/Legal representative
()

ลงชื่อ (Sign).....พยาน (Witness)
()

ลงชื่อ (Sign).....พยาน (Witness)
()

หมายเหตุ กรณีลงนามโดยใช้พิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

Remark In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided