



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

รายการที่ต้องนำส่งในการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (Death Claim Check list)

1. กรณีมรณกรรมจากการเจ็บป่วย เอกสารที่ต้องนำส่งมีดังนี้

ตัวจริง / สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มขอรับเงินค่าสินไหมตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ ของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ทุกคน |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาทะเบียนบ้านตามที่อยู่ปัจจุบันและบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคน |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาใบมรณบัตร ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันที่มีการจำหน่ายการเสียชีวิตโดยนายทะเบียนแล้ว |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ใบรายงานของแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นคนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลลงนาม โดยผู้รับประโยชน์หรือทายาทของผู้เอาประกันภัย |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | กรมธรรม์ต้นฉบับและใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หากมีการสูญหายใช้ใบแจ้งความเอกสารหายแทน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับประโยชน์ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง หากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอน |

2. กรณีมรณกรรมจากสาเหตุอื่นๆ เอกสารที่ต้องขอเพิ่มเติมจากรายการข้างต้น มีดังนี้

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาใบรับรองการเสียชีวิต (หนังสือรับรองการตาย) ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ (กรณีมีการผ่าศพพิสูจน์) |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาใบรายงานการผ่าศพ หรือรายงานของสถาบันนิติเวชวิทยา ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ (กรณีมีการผ่าศพพิสูจน์) |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | หลักฐานประกอบอื่นๆ เช่น ในกรณีอุบัติเหตุที่มีการจ่ายชดเชย 2 เท่า ถ้ามีตัวรถโดยสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้โดยสารจริงและได้เดินทางไปกับพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ |

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ฝ่ายพิจารณาลินไหม)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1, 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

คำขอรับเงินสินไหมทดแทนในการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย	อายุ	หมายเลขกรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกัน
1. ชื่อและนามสกุล อายุ อาชีพหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ ของผู้รับเงินสินไหมทดแทนในการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย กรุณาแจ้งที่อยู่ที่มีผู้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากนุรักษ์ไปรษณีย์		1. ชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ตำแหน่ง..... ความสัมพันธ์..... ที่อยู่ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....โทรศัพท์.....	
2. ท่านเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ถ้าไม่ใช่ท่านใช้สิทธิในฐานะใดในการยื่นคำขอรับเงินครั้งนี้		2. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (ถ้าไม่ใช่โปรดระบุใช้สิทธิในฐานะใด)	
3. ก.ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้เอาประกัน ข.อาชีพและตำแหน่งหน้าที่การงานครั้งสุดท้ายของผู้เอาประกัน		3. ก.เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....โทรศัพท์..... ข.อาชีพ.....ตำแหน่ง.....	
4. ก.วันที่และสถานที่ผู้เอาประกันภัยถึงแก่กรรม ข. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม		4. ก.วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สถานที่..... ข.	
5. ผู้เอาประกันภัย ได้พูดถึงอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด		5. วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อาการที่สังเกตเห็น.....	
6. ผู้เอาประกัน ไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อใด		6. วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ชื่อแพทย์/สถานพยาบาลที่ไปพบ.....	

7. ชื่อแพทย์และที่อยู่หรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับวันที่เริ่มสัญญาประกันภัยหรือก่อนหน้านั้น

ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่รักษา	โรคที่ทำการรักษา

8. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	เลขที่กรมธรรม์	วันเริ่มสัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามคำขอรับเงินฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

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

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....) (.....)

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งจะได้กระทำการรักษา..... มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติของการแพทย์ การให้คำปรึกษา โภชเภสัช หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ต่อบริษัทแอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ได้อันมีสภาพค่าของใบมอบฉันทะฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้ให้การยินยอม.....วันที่.....

Alife/Claim Death



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารสินธุ์ ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา

ชื่อของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....อาชีพ.....
ชื่อสถานที่พยาบาลที่ทำการรักษา.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....
หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป.....เลขบัตรผู้ป่วยใน.....

1. ก. วัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้	1. ก. วันที่.....
ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรค หรืออาการผิดปกติต่าง อย่างไรบ้าง	ข.
ค. อาการของโรคหรืออาการผิดปกติตามข้อ ข. นั้นเป็นมานานเท่าไร (โปรดระบุวัน เดือน ปี ที่มีอาการผิดปกติ)	ค.
2. ก. วัน เดือน ปี ที่ถึงแก่กรรม	2. ก. วันที่.....เวลา.....น.
ข. สถานที่ถึงแก่กรรม	ข.
ค. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม	ค.
3. ก. ท่านรู้จักกับผู้ตายมานานเท่าใด	3. ก. วันที่.....
ข. ในทัศนะของท่าน ผู้ตายเจ็บป่วยมานานเท่าใด	ข.
ค. ผู้ตายมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆอีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบจากคำบอกกล่าวของ ผู้ป่วย/และหรือญาติผู้ป่วย) ถ้ามี โรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด	ค.
4. ก. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการทำอัชฌัตติกกรรมหรือไม่	4. ก.
ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือ ใช้น้ำยาเสพติดหรือไม่	ข.
ค. สุราหรือน้ำยาเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่ หากเป็นกรณีอุบัติเหตุ โปรดระบุปริมาณแอลกอฮอล์ ที่ตรวจพบว่ามีปริมาณเท่าใด	ค.
ง. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจาก อุบัติเหตุ อาชีพ หรือที่พักอาศัย	ง.
5. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการแพทย์หรือไม่ หากมีกรุณาแจ้งผลการตรวจด้วย	5.

6. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่นและที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้		
วัน เดือน ปี	ชื่อนายแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา
.....
.....
.....

7. ก. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้.....ซม. ข. น้ำหนัก.....กก. ค. ตำแหน่งที่เป็นแผลเป็น.....

ข้าพเจ้านายแพทย์.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
ตำแหน่ง.....ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
ที่อยู่.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นายแพทย์
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
ในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ของกรมธรรม์ _____ อายุ _____ ปี
มีความสัมพันธ์เป็น _____ ของ _____
อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ บัตรข้าราชการเลขที่ _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัยของ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้ความยินยอมเป็นหลักฐานให้โรงพยาบาล/ คลินิก/ สถาบัน/ นายแพทย์/ บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกเรื่องราวหรือประวัติสุขภาพ/ การเจ็บป่วย ของที่ผ่านมา เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ได้

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน
อนึ่ง ถ้าเนาหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____	ผู้ให้ความยินยอม
(_____)	(_____)
ลงชื่อ _____	พยาน
(_____)	(_____)
ลงชื่อ _____	พยาน
(_____)	(_____)

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ
(ระบุด้วยว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัย บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ