



แบบแจ้งเรียกร้อยสินไหมมรดกกรรม (1 ฉบับต่อผู้เรียกร้องสิทธิ 1 ท่าน)

ชื่อ – นามสกุลของผู้เสียชีวิต เพศ อายุ ปี

1. ชื่อ – นามสกุลของผู้เรียกร้องสิทธิ

ชื่อ – นามสกุล
 เพศ อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ E-mail address

2. ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ ตามกรมธรรม์
 ประกันภัยฉบับนี้ใช่หรือไม่ ถ้าไม่ใช่
 ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องนี้

() ใช่
 () ไม่ใช่ โปรดระบุสิทธิ

3. ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิต

เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

4. ก) วันที่เสียชีวิต
 ข) สถานที่เสียชีวิต
 ค) เสียชีวิตจากสาเหตุ

ก)
 ข)
 ค)

5. ก) ผู้เสียชีวิตเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร
 ข) ผู้เสียชีวิตไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับการ
 เจ็บป่วยครั้งสุดท้ายหลังสุดเมื่อใด

ก)
 ข) วันที่
 ชื่อสถานพยาบาล

6. ผู้เสียชีวิตได้พูดถึงความเจ็บป่วย หรือมีอาการ
 ที่แสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด

วันที่
 อาการที่สังเกตเห็น

7. ประวัติการรักษาพยาบาลก่อนการเสียชีวิต

ชื่อสถานพยาบาล	วันที่รักษา	โรคและอาการเจ็บป่วย
.....
.....
.....

8. รายละเอียดการทำประกันชีวิตหรือประกันภัยอื่นของผู้เสียชีวิต

ชื่อบริษัท	เลขที่กรมธรรม์	วันที่สัญญาจะมีผลบังคับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....
.....

9. อื่นๆ

ลงชื่อ ผู้เรียกร้องสิทธิหรือผู้แทน
(.....)
วันที่ / /

คำแถลงเกี่ยวกับการรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

โปรดกาเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมหากท่านมีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card)

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ได้อีกกับบริษัทเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบริษัท ซึ่งบริษัทอาจจะนำข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ไปใช้ได้

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลในแบบฟอร์มนี้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต ผู้รับประโยชน์หรือข้าพเจ้า ที่รายงาน อาจถูกนำส่งหน่วยงานทางด้านภาษี ซึ่งข้อมูลจะถูกรักษาและแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานทางด้านภาษีในประเทศหรือต่างประเทศ หรือ ตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางภาษีอากร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้เรียกร้องสิทธิ (หรือเป็นผู้รับมอบอำนาจแทนผู้เรียกร้องสิทธิ) ของผู้เสียชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงทั้งหมดที่ข้าพเจ้าทำขึ้นนี้เป็นข้อมูลแท้ที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อว่าเป็นเช่นนั้น มีความถูกต้องและสมบูรณ์

ลายมือชื่อ _____
ชื่อ _____
วันที่ _____ / _____ / _____

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมไว้ ณ ที่นี้แก่โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ บริษัทประกันชีวิต บริษัทประกันภัย หรือองค์กรสถาบันหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวรวมทั้งประวัติสุขภาพ และการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวที่มีอยู่แก่บริษัท คิง ไว ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ และโดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท คิง ไว ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนฯ เป็นผู้ที่มีอำนาจดำเนินการขอทราบรายละเอียด รวมทั้งสำเนาบันทึกต่างๆ แทนข้าพเจ้า สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้อย่างสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)
วันที่ / /