



บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 3199 อาคารราชนาถนันทน์ ทาวเวอร์ ชั้น 14 ถนนพระรามที่ 4 แขวง คลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
 Tune Insurance Public Company Limited
 3199 Maleenont Tower, 14th Floor Rama IV Road, Khlong Tan, Klong toei Bangkok 10110 Thailand
 +66 (0) 2078 5656 +66 (0) 2078 5624

ถ้อยคำผู้รับผลประโยชน์
 Beneficiary Declaration
 เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม
 Death Claim Request Form

วันที่ (Date).....

กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่.....

Policy No.

1.ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....ชื่อ-สกุลเดิม.....

Date of Birth of the Insured Former Name-Surname

2.วัน เดือน ปีเกิดผู้เอาประกันภัย.....สถานที่เกิด.....

Date of Birth of the Insured Birth Place

3.วันที่เสียชีวิต.....สถานที่เสียชีวิต.....

Date of Death Place of Death

4.อาชีพก่อนเสียชีวิต.....สถานที่ทำงาน.....

Occupation Before Death Workplace

5.สาเหตุของการเสียชีวิต.....

Cause of Death

6.ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาลแห่งนี้หรืออื่นๆ ดังนี้

Before death, the insured used to receive medical treatment form this medical center or other as detailed below.

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

7.การย้ายถิ่นที่อยู่หรือสถานที่ทำงานก่อนการเสียชีวิต ไม่มี (No) มี โปรดระบุ (Yes, please specify).....

Has the insured ever moved to other resident location or workplace before death?

8.การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกัน 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)

ชื่อ และ นามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Name-Surname	ที่อยู่ปัจจุบัน Present Address	ที่อยู่ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย) Residential address in the country of nationality (in case of non-Thai nationality)	ความสัมพันธ์ The relationship	หมายเลขโทรศัพท์/อีเมลล์ Phone Number/E-mail address

10. วิธีการรับสินไหมมรดกกรรม (Death Claim Collection)

เช็ค (cheque)

โอนเงินเข้าบัญชี (Transfer Payment) ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน ชื่อธนาคาร..... สาขา
 ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... (*พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมา)

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

Declaration and Authorization of Medical History Disclosure

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลใดๆ ที่ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เสียชีวิต เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือ รายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการตรวจรักษา และผลการตรวจสุขภาพให้แก่ บริษัท ทูน ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลใดๆที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของผู้เสียชีวิตเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามืผลบังคับได้

With this latter, 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 Tune Insurance Public Company Limited , and I authorize Tune Insurance 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) or 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.....พยาน

Sign Witness
()

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

Sign Beneficiary/Legal heir/Legal representative
()

ลงชื่อ.....พยาน

Sign Witness
()

หมายเหตุ กรณีลงนามโดยใช้พิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 คน

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