คำแถลงของผู้อ้างสิทธิ

(ให้กรอกข้อความโดยบุคคลซึ่งมีสิทธิตามกฎหมายในเงินประกันตามกรมธรรม์)

กรมธรรม์ฉบับที่ ..... จำนวนเงินที่ประกันไว้ ..... บาท

คำถาม	คำตอบ
๑ บอกชื่อ (เต็ม) อาชีพหรือการงาน อายุ และที่อยู่ของบุคคลที่อ้างสิทธิตามกรมธรรม์ พร้อมกับความเกี่ยวข้องกับผู้ตาย	๑. ชื่อ ..... อาชีพ ..... อายุ ..... ที่อยู่ที่ติดต่อ ..... อีเมล์ ..... โทรศัพท์ ..... ความเกี่ยวข้อง .....
๒ ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์หรือไม่? ถ้าไม่ ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องค่าขดใช้รายนี้	๒. .....
๓ (ก) บอกชื่อ อาชีพครั้งสุดท้ายและที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้ตาย (ข) ที่ที่ตายและวันที่ตาย ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย สาเหตุที่ทำให้ตายทันที และอายุขณะตายของผู้เอาประกัน	๓. (ก) ชื่อ ..... อาชีพครั้งสุดท้าย ..... ที่อยู่ครั้งสุดท้าย ..... (ข) ที่ที่ตาย ..... วันที่ตาย ..... ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย ..... สาเหตุที่ตายในทันที ..... อายุขณะตาย .....
๔ ผู้ตายมีประกันชีวิตไว้อีกหรือไม่? ถ้ามี บอกชื่อบริษัท ปีและเลขที่กรมธรรม์	๔. .....
๕ (ก) ผู้ตายได้ป่วยครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร และตั้งแต่เมื่อใด (ข) การป่วยครั้งสุดท้ายมีอาการอย่างไร	๕.(ก) ..... (ข) .....
๖ ชื่อแพทย์ผู้รักษาระหว่างป่วยครั้งสุดท้าย	๖. .....

	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์	เชื้อโรค
๗ ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาระหว่างสามปีสุดท้าย โปรดแจ้งด้วยว่าแพทย์คนใดบอกว่าป่วยเป็นอะไร	(๑)	(๑) .....
	.....	.....
	(๒)	(๒) .....
	.....	.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เสียชีวิตที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เสียชีวิตต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิต ที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลายมือชื่อ ..... ผู้รับประโยชน์/ผู้ใช้สิทธิแทนผู้รับประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ..... ได้ลงชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า(พยาน)

ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลายมือชื่อ ..... พยาน
นาม (ตัวบรรจง) .....

ลายมือชื่อ ..... พยาน
นาม (ตัวบรรจง) .....