



ถ้อยคำผู้รับประโยชน์

เอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน

วันที่

1. สัญญาประกันภัยเลขที่.....ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....ชื่อ-สกุลเดิม (ถ้ามี).....
อาชีพก่อนเสียชีวิต.....สถานที่ทำงาน.....

2. ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาล ดังนี้

โรคหรือ อาการเจ็บป่วย	วันที่รับการรักษา	ชื่อแพทย์	สถานพยาบาล

3. การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกันภัย ไม่มี มี โปรดระบุ.....

4. ข้อมูลผู้รับประโยชน์

4.1 ชื่อ.....นามสกุล.....
ประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทย).....

4.2 ที่อยู่ปัจจุบัน

เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน
 อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.3 ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์

ที่อยู่เดียวกับข้อ 4.2
 อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... กรณีที่ต้องการรับแจ้งข้อมูลสินไหมทดแทนเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ
ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

4.5 อีเมล (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น).....

5. วิธีการรับสินไหมทดแทน

- รับเช็คที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
- ส่งเช็คทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ระบุในข้อ 4.3
- รับเช็คที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....
- ส่งเช็คผ่านตัวแทน ชื่อ สังกัด

