

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยคุ้มครองเงินเชื่อ

สำหรับจำนำทะเบียนรถกับเงินไซโย

วันที่.....

กรมธรรม์เลขที่.....

*ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ ได้บ้านเลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail : (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูล ผ่านระบบ SMS)

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน

กรณีเสียชีวิต

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- สำเนารายงานผ่าชันสูตรพลิกศพ
- หนังสือรับรองการตาย
- ใบมรณบัตร
- สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน (ประทับตาย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- ประวัติการรักษาโรค (กรณีเสียชีวิตจากโรคร้ายแรง และจากการเจ็บป่วย)
- สำเนาสมุดบัญชี ผู้รับผลประโยชน์
- หนังสือแจ้งภาระหนี้สิน
- สำเนากกรมธรรม์

กรณีสูญเสียชีวิต สาเหตุ

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียชีวิต สาเหตุ
- รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนากกรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย
- ประวัติการรักษาพยาบาล
- หนังสือแจ้งภาระหนี้สิน

ชื่อธนาคาร..... สาขา.....

เลขที่บัญชี - - - ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ์.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

วันที่.....

** สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว) บริษัท.....

โทร..... โทรสาร..... E-mail :

*** ติดต่อ/จัดส่งเอกสารมายัง

บริษัท เดอะเวดประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเดอะเวดประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ติดต่อสอบถามได้ที่ : 0-2670-4444 เบอร์ติดต่อ 6417, 6419, และ 6422 กรณีเสียชีวิต (แจ้งทันที)

*** โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ของท่าน ***