

ชื่อ - นามสกุลของผู้เสียชีวิต ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี

<p>1. ชื่อ - นามสกุลของผู้เรียกร้องสิทธิ</p>	<p>ชื่อ - นามสกุล .....          เพศ ..... อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต.....          บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....          ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....          อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....          โทรศัพท์ ..... E-mail address.....</p>												
<p>2. ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ ตามกรมธรรม์ประกันภัย ฉบับนี้ใช่หรือไม่ ถ้าไม่ใช่ ท่านใช้สิทธิประการใด ในการเรียกร้องนี้</p>	<p>( ) ใช่          ( ) ไม่ใช่ โปรดระบุสิทธิ.....</p>												
<p>3. ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิต</p>	<p>เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....          อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....</p>												
<p>4. ก) วันที่เสียชีวิต          ข) สถานที่เสียชีวิต          ค) เสียชีวิตจากสาเหตุ</p>	<p>ก) .....          ข) .....          ค) .....</p>												
<p>5. ก) ผู้เสียชีวิตเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร          ข) ผู้เสียชีวิตไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อใด</p>	<p>ก) .....          ข) วันที่ .....          ชื่อสถานพยาบาล .....</p>												
<p>6. ผู้เสียชีวิตได้พูดถึงความเจ็บป่วย หรือมีอาการที่แสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด</p>	<p>วันที่ .....          อาการที่สังเกตเห็น .....</p>												
<p>7. ประวัติการรักษาพยาบาลก่อนการเสียชีวิต</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">ชื่อสถานพยาบาล</th> <th style="width: 30%;">วันที่รักษา</th> <th style="width: 40%;">โรคและอาการเจ็บป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		ชื่อสถานพยาบาล	วันที่รักษา	โรคและอาการเจ็บป่วย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ชื่อสถานพยาบาล	วันที่รักษา	โรคและอาการเจ็บป่วย											
.....	.....	.....											
.....	.....	.....											
.....	.....	.....											

8. รายละเอียดการทำประกันชีวิตหรือประกันภัยอื่นของผู้เสียชีวิต

ชื่อบริษัท	เลขที่กรมธรรม์	วันที่สัญญาเริ่มผลบังคับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

9. อื่นๆ .....

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

คำแถลงเกี่ยวกับการรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย **Foreign Account Tax Compliance Act** ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย **FATCA**)

โปรดกาเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมหากท่านมีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card)

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ได้ให้กับบริษัทเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบริษัท ซึ่งบริษัทอาจจะนำข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ไปใช้ได้

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลในแบบฟอร์มนี้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต ผู้รับประโยชน์หรือข้าพเจ้า ที่รายงาน อาจถูกนำส่งหน่วยงานทางด้านภาษี ซึ่งข้อมูลจะถูกรักษาและแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานทางด้านภาษีในประเทศหรือต่างประเทศ หรือ ตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางภาษีอากร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้เรียกร้องสิทธิ (หรือเป็นผู้รับมอบอำนาจแทนผู้เรียกร้องสิทธิ) ของผู้เสียชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงทั้งหมดที่ทำขึ้นนี้เป็นข้อมูลเท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อว่าเป็นเช่นนั้น มีความถูกต้องและสมบูรณ์

ลายมือชื่อ.....  
ชื่อ.....  
วันที่..... / ..... / .....

**หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ**

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมไว้ ณ ที่นี้แก่โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ บริษัทประกันชีวิต บริษัทประกันภัย หรือองค์การสถาบันหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวรวมทั้งประวัติสุขภาพ และการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวที่มีอยู่ แก่บริษัท แมงูไลฟ์ ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ได้ และโดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แมงูไลฟ์ ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอทราบรายละเอียด รวมทั้งสำเนาบันทึกต่างๆแทนข้าพเจ้า สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้อย่างสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

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