

คำร้องเรียกร้องหลักประกันสัญญาตะกาฟูลา

เขียนที่.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ - นามสกุล (ผู้ยื่นคำร้องฯ) นาย นางสาว นาง อื่นๆ.....
เกี่ยวข้องกับสมาชิกสัญญาตะกาฟูลาในฐานะ คู่สมรส บุตร/ธิดา พี่/น้อง บิดา/มารดา อื่นๆ (ระบุ)
ในฐานะผู้รับประโยชน์ตามสัญญาตะกาฟูลาของ ชื่อ-นามสกุล (ของผู้เสียชีวิต)
สัญญาตะกาฟูลาเลขที่ ขอเรียกร้องผลประโยชน์ตามสัญญาตะกาฟูลาบับดังกล่าว
ทั้งขอแจ้งรายละเอียดต่างๆ ให้บริษัทฯ ทราบดังต่อไปนี้

ข้อมูลสมาชิกตะกาฟูลาผู้เสียชีวิต (สมาชิกตะกาฟูลา / ผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูลา)

ชื่อ- นามสกุล (สมาชิกตะกาฟูลา / ผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูลา).....อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน (ก่อนเสียชีวิต).....
ที่อยู่เดิม.....
อาชีพปัจจุบันก่อนเสียชีวิต.....
สถานที่ทำงานสุดท้าย (ก่อนเสียชีวิต).....
วันที่เสียชีวิต.....สถานที่เสียชีวิต.....
เหตุที่เสียชีวิต

สถานพยาบาลที่รักษาสมาชิกตะกาฟูลา ก่อนการเสียชีวิต/ในขณะเสียชีวิต

สถานพยาบาลที่รักษาสมาชิกตะกาฟูลาในระหว่างการป่วยครั้งสุดท้าย และในระหว่างสามปี (3 ปี) ก่อนนั้นด้วย (โปรดระบุ)
(1).....เมื่อวันที่.....
(2).....เมื่อวันที่.....
(3).....เมื่อวันที่.....

ได้เป็นสมาชิกตะกาฟูลาประกันชีวิตหรืออุบัติเหตุไว้กับบริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นดังนี้ :-

บริษัท	เลขที่สัญญาตะกาฟูลา	จำนวนเงินหลักประกัน	สัญญาผลประโยชน์บังคับหรือไม่
.....
.....

เอกสารหลักฐานแนบ สำเนาบัตรประชาชน / สุนัขบัตร/บัตรอื่นๆ สำเนามรณบัตร สำเนาทะเบียนบ้านจำหน่ายตาย สัญญาฉบับจริง
(กรณีสัญญาตะกาฟูลาสูญหาย) โปรดแนบ สำเนาหนังสือแจ้งความเอกสารหายจากทางสถานีตำรวจ

เอกสารหลักฐานแนบ เพิ่มเติม กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ

บันทึกประจำวันข้อไป / ข้อกลับ สำเนาชันสูตรพลิกศพ ประวัติการรักษา (ระบุโรงพยาบาล).....

**** ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้น พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่มอบให้บริษัทฯ เป็นความจริงทุกประการ ****

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ผู้รับรองข้อมูลสมาชิกสัญญาตะกาฟูลา
(ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ตามสัญญาตะกาฟูล

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ (ปัจจุบันหรือที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้).....

เบอร์มือถือ.....อีเมลล์ (ถ้ามี).....

อาชีพ เกษตรกร รับราชการ พนักงานบริษัทเอกชน อาชีพอื่น (โปรดระบุ).....

แหล่งที่มาของรายได้ เงินเดือน รายได้อื่นเพิ่มเติม (ถ้ามี) จำนวนรายได้.....(ต่อเดือน/ต่อปี)

เอกสารหลักฐานแนบ สำเนาบัตรประชาชน /สำเนาหนังสือเดินทาง/สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

สำเนาบัตรอื่นๆ รูปถ่ายคู่บัตรประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุข้างต้น พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่มอบให้บริษัทฯ เป็นความจริงทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ตามสัญญาตะกาฟูลลงวันที่/...../.....

(

) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ (ปัจจุบันหรือที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้).....

เบอร์มือถือ.....อีเมลล์ (ถ้ามี).....

อาชีพ เกษตรกร รับราชการ พนักงานบริษัทเอกชน อาชีพอื่น (โปรดระบุ).....

แหล่งที่มาของรายได้ เงินเดือน รายได้อื่นเพิ่มเติม (ถ้ามี) จำนวนรายได้.....(ต่อเดือน/ต่อปี)

เอกสารหลักฐานแนบ สำเนาบัตรประชาชน /สำเนาหนังสือเดินทาง/สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

สำเนาบัตรอื่นๆ รูปถ่ายคู่บัตรประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุข้างต้น พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ที่มอบให้บริษัทฯ เป็นความจริงทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ตามสัญญาตะกาฟูลลงวันที่/...../.....

(

) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พนักงานบริษัท สำนักงานใหญ่/สาขา/สำนักงานตัวแทน/ตัวแทนผู้รับรองความถูกต้องของข้อมูลผู้รับผลประโยชน์

(

) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)

หนังสือยินยอมมอบอำนาจผู้รับผลประโยชน์ให้เปิดเผยประวัติ (กรณีสมาชิกตะกาฟูลเสียชีวิต)

ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง.....เลขที่บัตรประชาชน.....

เกี่ยวข้องกับ.....กับสมาชิกตะกาฟูล/ผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล(ระบุชื่อผู้เสียชีวิต).....

สัญญาตะกาฟูลเลขที่.....ในฐานะผู้รับผลประโยชน์ตามสัญญาตะกาฟูลยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น

บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของสมาชิกตะกาฟูลที่ผ่านมาเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการ

จ่ายเงินหลักประกันได้อย่างถูกต้องเที่ยงธรรม ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของสมาชิก

ตะกาฟูลต่อบริษัทประกันภัย หรือ บริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย เพื่อการจ่ายเงินตามสัญญาตะกาฟูล

หากเกิดความเสียหายใดๆ ไม่ว่าทางตรง หรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการกล่าวหาหรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จาก แพทย์ คลินิก

โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

*** อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ ***

ลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ซึ่งให้ความยินยอมลงวันที่/...../.....

(

) ชื่อ/นามสกุล (ตัวบรรจง)