

สำหรับตัวแทน

บริษัท เอไอเอ จำกัด

รายงานประกอบการพิจารณาสินไหมมรณกรรม

ชื่อผู้เสียชีวิต ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

1.	ข้าพเจ้าทราบข่าวมรณกรรมของผู้เสียชีวิตจาก	เมื่อวันที่	เวลา.....
2.	สาเหตุการเสียชีวิตและรายละเอียดการเสียชีวิต		
ก.	กรณีเสียชีวิตด้วยเหตุธรรมชาติ(ป่วย/ชรา)		
	1) วันที่ที่เสียชีวิต	เวลา.....	
	2) สาเหตุของการเสียชีวิต.....		
	3) สถานที่ที่เสียชีวิต (โปรดระบุชื่อ,ที่อยู่ และรายละเอียด)		
	4) ก่อนเสียชีวิต ผู้เสียชีวิต มีอาการมานาน..... ปีเดือนวัน		
	5) ชื่อแพทย์และสถานพยาบาลที่รักษาผู้เสียชีวิตก่อน และในขณะที่เสียชีวิต (โปรดระบุทุกแห่ง)		
ข.	กรณีเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุ ถูกสัตว์ทำร้าย ฆ่าตัวตาย ฆาตกรรม หรือ ดาญโดยไม่ทราบสาเหตุ		
	1) วันที่ที่เกิดเหตุ	เวลา.....	
	2) วันที่ที่เสียชีวิต.....	เวลา.....	
	3) สาเหตุของการเสียชีวิต		
	4) สถานที่ที่เสียชีวิต (โปรดระบุชื่อสถานที่ ,ที่อยู่ และรายละเอียด)		
	5) ก่อนเกิดเหตุ ผู้เสียชีวิต กำลังทำอะไร กับใคร ที่ไหน		
	6) พยานที่เห็นเหตุการณ์ (โปรดระบุชื่อ - สกุล และความสัมพันธ์)		
	7) ชื่อแพทย์ และ สถานพยาบาลที่รักษาผู้เสียชีวิต ก่อนและในขณะที่เสียชีวิต (โปรดระบุทุกแห่ง)		
	8) ชื่อแพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพ / สถาบัน		
3.	ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> เห็น / <input type="checkbox"/> ไม่เห็นศพ	ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ได้ / <input type="checkbox"/> ไม่ได้ไปร่วมงานศพ	เมื่อวันที่.....
4.	ขณะเสียชีวิต ผู้เสียชีวิต มีอาชีพ		
5.	ผู้เสียชีวิต <input type="checkbox"/> มี / <input type="checkbox"/> ไม่มีประกันชีวิตหรือประกันอุบัติเหตุไว้กับบริษัทอื่น		
	หากมี โปรดระบุ	จำนวนเงินประกันภัย	
6.	ข้าพเจ้ารู้จักผู้เสียชีวิตเป็นการส่วนตัว <input type="checkbox"/> รู้ / <input type="checkbox"/> ไม่รู้ หากรู้จัก ในฐานะ		
7.	ข้อมูลทั้งหมดข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จาก.....ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต โดยเป็น		
8.	ความเห็นเพิ่มเติม.....		
	ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้อง และเป็นจริงทุกประการ		
	(ลงชื่อ)	ผู้รายงาน	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก
	(.....)		ที่ทำงาน
	รหัสหน่วย.....	รหัสตัวแทน.....	บ้าน
			มือถือ