

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 ตามกรมธรรม์ ประกันภัยฉบับนี้ใช่หรือไม่ ถ้าไม่ใช่ ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องนี้</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) ผู้เสียชีวิต ไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยครั้งหลังสุดเมื่อใด</p>	<p>ก) ข) วันที่ ชื่อสถานพยาบาล</p>
<p>6. ผู้เสียชีวิต ได้พูดถึงความเจ็บป่วย หรือมีอาการ ที่แสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด</p>	<p>วันที่ อาการที่สังเกตเห็น</p>

7. ประวัติการรักษาพยาบาลก่อนการเสียชีวิต

ชื่อสถานพยาบาล	วันที่รักษา	โรคและอาการเจ็บป่วย
.....
.....
.....

8. รายละเอียดการทำประกันชีวิตหรือประกันภัยอื่นของผู้เสียชีวิต

ชื่อบริษัท	เลขที่กรมธรรม์	วันที่สัญญามีผลบังคับ	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....
.....

9. อื่นๆ

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

คำแถลงเกี่ยวกับการรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

โปรดกาเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมหากท่านมีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card)

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ได้อ้างอิงกับบริษัทเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบริษัท ซึ่งบริษัทอาจจะนำข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ไปใช้ได้

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลในแบบฟอร์มนี้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต ผู้รับประโยชน์หรือข้าพเจ้า ที่รายงาน อาจถูกนำส่งหน่วยงานทางด้านภาษี ซึ่งข้อมูลจะถูกรักษาและแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานทางด้านภาษีในประเทศหรือต่างประเทศ หรือ ตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางภาษีอากร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้เรียกร้องสิทธิ (หรือเป็นผู้รับมอบอำนาจแทนผู้เรียกร้องสิทธิ) ของผู้เสียชีวิต
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงทั้งหมดที่ข้าพเจ้าทำขึ้นนี้เป็นข้อมูลเท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อว่าเป็นเช่นนั้น มีความถูกต้องและสมบูรณ์

ลายมือชื่อ _____
ชื่อ _____
วันที่ _____ / _____ / _____

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมไว้ ณ ที่นี้แก่โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ บริษัทประกันชีวิต บริษัทประกันภัย หรือองค์กรสถาบันหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวรวมทั้งประวัติสุขภาพ และการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวที่มีอยู่แก่บริษัท แมนูลีฟ ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ได้ และโดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แมนูลีฟ ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนฯ เป็นผู้ที่มีอำนาจดำเนินการขอทราบรายละเอียด รวมทั้งสำเนาบันทึกต่างๆ แทนข้าพเจ้า สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้อย่างสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

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