



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

411 อาคาร U-TOWER ชั้น 4-5 ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250

โทร.0-2731-7799 โทรสาร.0-2731-7727-28 website : http://www.ulife.in.th e-mail address: saha@sahalife.co.th

บันทึกถ้อยคำของผู้รับประโยชน์

วันที่

1. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
2. ชื่อ, นามสกุล ผู้เสียชีวิต อายุ ปี
ที่อยู่
.....
เป็นสมาชิก.....เมื่อวันที่.....
อาชีพขณะเสียชีวิตวัน เดือน ปี เกิดของผู้เสียชีวิต
3. วัน เดือน ปี เสียชีวิต สถานที่ เวลา น.
สาเหตุที่เสียชีวิต
4. อาการป่วยของการเสียชีวิตเกิดขึ้นเมื่อใด?
ผู้เสียชีวิตไปพบแพทย์ครั้งแรกเรื่องอาการป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อใด?
5. ผู้เสียชีวิตไปทำงานตามปกติครั้งสุดท้ายเมื่อใด?
6. มีการสอบสวนหรือชันสูตรพลิกศพหรือไม่? มี พร้อมแนบสำเนาหลักฐาน ไม่มี
7. ชื่อและสถานพยาบาลของนายแพทย์ทุกคนที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างการป่วยครั้งสุดท้าย และ 3 ปีก่อนนั้น

ชื่อนายแพทย์	สถานพยาบาล	วันที่ทำการรักษา	โรคและอาการป่วย
.....
.....
8. ผู้เสียชีวิตมีประกันชีวิตไว้กับบริษัทใดอีก เป็นจำนวนเท่าใด? (กรณารับ)

ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์	จำนวนเงินประกัน
.....
.....
9. ชื่อ, นามสกุล ผู้รับประโยชน์
 - (1)อายุปี ความสัมพันธ์.....ลงชื่อ..... ผู้รับประโยชน์
()
 - (2)อายุปี ความสัมพันธ์.....ลงชื่อ..... ผู้รับประโยชน์
()
 - (3)อายุปี ความสัมพันธ์.....ลงชื่อ..... ผู้รับประโยชน์
()

ส่วนนี้สำหรับทายาทผู้เสียชีวิต

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้เสียชีวิตขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจรักษาผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งต่อบริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยาหรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของผู้เสียชีวิตได้อันหนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ทายาท

()

ที่อยู่

โทรวันที่.....