



CIGNA

บริษัท ซิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

คำแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย (CLAIMANT'S STATEMENT)

ชื่อ-นามสกุล ของผู้ตาย อายุ

กรมธรรม์ประกันภัยแบบ เลขที่ จำนวนเงินเอาประกัน.....

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้เรียกร้องสิทธิ	ชื่อ อายุ..... อาชีพ ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
-------------------------------------	--

2. ท่านเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ใช่หรือไม่ ถ้าไม่ใช่ ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องนี้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ ระบุ
--	--

3. ก. ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้ตาย	ก. เลขที่ หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
ข. อาชีพครั้งสุดท้ายของผู้ตาย	ข.

4. ก. วันที่ตาย	ก.
ข. สถานที่ตาย	ข.
ค. สาเหตุที่ทำให้ตาย	ค.

5. ก. ผู้ตายเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร	ก.
	ข. วันที่..... ชื่อแพทย์/สถานพยาบาล

6. ผู้ตายได้พูดถึงความเจ็บป่วย หรือมีอาการที่แสดง ความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด	วันที่ อาการที่สังเกตเห็น
--	--

7. ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ตาย ในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และระหว่าง 3 ปีก่อนนั้น			
ชื่อแพทย์	สถานที่ทำการของแพทย์	วันที่รักษา	โรคและอาการเจ็บป่วย

8. รายละเอียดการทำประกันชีวิตหรือประกันภัยอื่นของผู้ตาย

ชื่อบริษัทประกันภัย	วันที่ทำสัญญา	จำนวนเงินเอาประกัน
		บาท
		บาท

9. รายละเอียดอื่น ๆ.....

ลงชื่อ ผู้เรียกร้อง/ผู้รับประโยชน์
 ()
 ที่อยู่

 วันที่

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมไว้ ณ ที่นี้ แก่ โรงพยาบาล,คลินิก,นายแพทย์, บริษัทประกันภัยหรือ องค์การสถานัน หรือ, บุคคลอื่นใด, ซึ่งมีบันทึกเรื่องราวรวมทั้งประวัติสุขภาพ และการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ที่มีอยู่แก่บริษัท..... ได้และ โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้ บริษัท หรือผู้แทน ฯ เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอทราบรายละเอียด รวมทั้งสำเนา บันทึกต่าง ๆ แทนข้าพเจ้า สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับ ได้สมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมและมอบอำนาจ
 ()
 วันที่