



หนังสือขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ (ล้านที่ 3)
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน
ตำแหน่ง ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์.....หรือผู้รับมอบ เป็นผู้มีสิทธิ
รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ของ.....สมาชิกกองทุนเลขทะเบียนที่.....
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....ตามใบมรณบัตรเลขที่.....
ลงวันที่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ของ.....และได้ยื่นหลักฐาน
พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ

- บัตรประจำตัวสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่ความตาย
- ใบมรณบัตรสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาหนังสือรับรองการตาย / สำเนาใบรับแจ้งการตาย
- สำเนารายงานประจำวันเกี่ยวกับคดี (กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ)
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ (กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ)
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(.....)

พยาน

(.....)

พยาน



ใบสำคัญรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ (ล้านที่ 3)
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เป็นผู้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ของ.....สมาชิกกองทุนทะเบียนเลขที่.....

ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

จำนวนเงิน **1,000,000.00** บาท (หนึ่งล้านบาทถ้วน)

.....
(.....)
ประธานกรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ
ผู้รับเงิน

.....
(.....)
พยาน

.....
(.....)
พยาน

.....
(.....)
เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน
พยาน



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยสินเชื้อ กสรท. Smile Protection (14/01/2022)

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเพื่อการเรียกร้องฯ [โปรดกรอกข้อมูลตามความเป็นจริงให้ครบถ้วน และโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก]

(การจ่ายค่าทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ จะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุในกรมธรรม์ โดยลำดับแรกคือ สหกรณ์ผู้ให้กู้ ตามภาระหนี้สินค้างชำระ ณ เดือนที่ผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียตามความคุ้มครอง หากหนี้สินค้างชำระน้อยกว่าค่าทดแทนที่คำนวณได้ ส่วนที่เหลือนี้จะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือทายาทโดยธรรมกรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อ-สกุลผู้แจ้งเคลม.....
ระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย โทร..... โทรสาร.....

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
ชื่อสถานที่ทำงาน.....

1. อุบัติเหตุ หรืออาการป่วยเกิดเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

2. สถานที่เกิดอุบัติเหตุ หรือ เกิดอาการป่วย.....

3. รายละเอียดอุบัติเหตุ หรืออาการป่วย (กำลังทำอะไรกับใคร เหตุการณ์เกิดอย่างไร สาเหตุ เกิดการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างไร)
.....

4. อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ลักษณะบาดเจ็บผลการวินิจฉัยโรค.....

5. ท่านเคยเป็นโรคนี หรือมีอาการป่วย หรือมีอาการผิดปกติเช่นนี้หรือไม่ ก่อนที่กรมธรรม์จะเริ่มความคุ้มครองในปีแรก ไม่เคย
 เคย แต่รักษาหายแล้ว เคย และอยู่ในระหว่างรักษาตัว ยังไม่หาย เคย และยังไม่ได้รับการรักษามาก่อนเลย

6. เรียกร้องค่าทดแทนดังนี้ (สามารถเรียกร้องค่าทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ตามข้อตกลงคุ้มครองเพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น)

- หมวดที่ 1 การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
- หมวดที่ 2 การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากการเจ็บป่วย
- หมวดที่ 3 การเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายแรง (โปรดระบุ)

- โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน
- ภาวะโคม่า
- ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลว
- ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแจ้งเท็จ แสร้งทำขึ้น ปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือน หรือปิดบังความจริงใดๆ สิทธิที่จะได้ค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(สำหรับผู้เอาประกันภัย หรือญาติ (กรณีผู้เอาประกันภัยไม่สามารถบันทึกได้) หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต)
ลงชื่อผู้เรียกร้องฯ.....ระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
(ตัวบรรจง) (.....) วันที่ส่งเรื่องเรียกร้อง.....

ส่วนที่ 2 : การยินยอมของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย หรือผู้รับประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องเรียกร้องข้างต้น และโปรดสำเนาเอกสารทางการแพทย์ รายงานการรักษาของข้าพเจ้า หรือผู้เสียชีวิต ให้แก่ บมจ. คัมภีร์โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ของข้าพเจ้าตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น
อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

(ผู้เอาประกันภัยผู้ให้ความยินยอม) (ลงนามกรณีที่ไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ได้)
ลงชื่อ ลงชื่อผู้รับประโยชน์
.....
(.....)(ตัวบรรจง) (.....) (ตัวบรรจง)
วันที่/...../.....
วันที่...../...../.....
ความสัมพันธ์กับผู้ให้ความยินยอม.....