กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ CoP HR ครั้งที่ 2

สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ กรณีเสียชีวิต

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์





วันพฤหัสบดีที่ 19 พฤศจิกายน 2569 | เวลา 13.30–16.30 น.
ห้องประชุม 210 สำนักงานอธิการบดี วิทยาเขตหาดใหญ่

สวัสดิการและสิทธิประโยชน์กรณีเสียชีวิต

ประเภทบุคลากร



ข้าราชการ



ผู้รับบำนาญ



ลูกจ้างประจำ



ผู้รับบำเหน็จรายเดือน



พนักงานมหาวิทยาลัย



พนักงานเงินรายได้

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สวัสดิการและสิทธิประโยชน์กรณีเสียชีวิต



ข้าราชการเสียชีวิต

บำเหน็จตกทอด
เงินเดือนๆสุดท้าย * อายุราชการ

อายุความ 10 ปี

กองทุน กบข.
กรณีสมาชิกถึงแก่ความตาย



ผู้รับบำนาญ

บำเหน็จตกทอด
(อัตราบำนาญ + เงิน ช.ค.บ.) x 30
หัก บำเหน็จดำรงชีพที่รับไปแล้ว
หัก บำเหน็จค้ำประกัน (หากมี)

เงินช่วยพิเศษ
3 เท่าของบำนาญ/เงินเดือน
+ เงิน ช.ค.บ. (หากมี)+พสร. (หากมี)

ภายใน 1 ปี

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สมาชิก กบข. (กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ) เสียชีวิต

ข้าราชการ เสียชีวิต



ผู้มีสิทธิ์รับเงินได้แก่

1. **ผู้จัดการมรดก** (กรณีที่ผู้ตายทำนัยกรรมระบุไว้ ทายาทต้องไปร้องศาลขอแต่งตั้งเป็นผู้จัดการมรดกตามพินัยกรรมก่อน)
2. **ทายาทโดยธรรม** ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (มาตรา 59 แห่ง พ.ร.บ. กบข.) เช่น คู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสถูกต้องตามกฎหมาย และญาติลำดับต่างๆ

คู่สมรส ➤ บุตร ➤ บิดามารดา ➤ พี่น้องร่วมบิดามารดา เดียวกัน ➤ พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน (คนละพ่อ/แม่)

ไม่สามารถทำเอกสารระบุผู้รับผลประโยชน์ไว้ล่วงหน้ากับทาง กบข. ได้โดยตรง

ทั้งนี้ กรณีสมาชิกประสงค์จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของทายาทหรือผู้จัดการมรดก
สามารถปรึกษา กบข. ได้ที่ Contact Center โทร. 1179 หรือ LINE กบข. @gpfcommunity

สมาชิก กบข. (กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ) เสียชีวิต

ข้าราชการ
เสียชีวิต



เอกสารหลักฐานการขอรับเงินจาก กบข.

กรณีผู้รับเงินเป็นผู้จัดการมรดก

- แบบขอรับเงิน กบข. รง 008/2/2562
- คำสั่งศาลตั้งผู้จัดการมรดกฉบับเจ้าหน้าที่ศาลรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก พร้อมผู้จัดการมรดกรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเลือกวิธีโอนเงินเข้าบัญชี)
- หลักฐานเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

สมาชิก กบข. (กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ) เสียชีวิต

ข้าราชการ
เสียชีวิต



เอกสารหลักฐานการขอรับเงินจาก กบข.

กรณีผู้รับเงินเป็นทายาทโดยธรรม

- แบบขอรับเงิน กบข. รง 008/2/2562
- สำเนาใบมรณบัตร พร้อมทายาทรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบทะเบียนสมรส พร้อมคู่สมรสรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีผู้ตายมีคู่สมรส)
- แบบสอบปากคำ (แบบ ป.ค.14) ตามแบบฟอร์มที่ กบข. กำหนด
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก พร้อมทายาทเจ้าของบัญชีรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเลือกวิธีโอนเงินเข้าบัญชี)
- หลักฐานเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สวัสดิการและสิทธิประโยชน์กรณีเสียชีวิต



ลูกจ้างประจำเสียชีวิต

อายุความ 10 ปี

บำเหน็จตกทอด

เงินเดือนๆสุดท้าย * อายุราชการ(เดือน)

กองทุน กสจ.
(กรณีสมาชิกถึงแก่ความตาย)

ภายใน 1 ปี

เงินช่วยพิเศษ

3 เท่า ของค่าจ้างอัตราปกติ
ในเดือนที่ถึงแก่ความตาย



บำเหน็จรายเดือนเสียชีวิต

บำเหน็จตกทอด

(เงินบำนาญรายเดือน+ เงิน ช.ค.บ. ถ้ามี)* **15**

หัก บำเหน็จค้ำประกัน ถ้ามี

ลูกจ้างประจำ
เสียชีวิต



ผู้มีสิทธิ์รับเงินได้แก่

- **ผู้รับผลประโยชน์ตามชื่อที่ระบุไว้**
- หากสมาชิกกองทุนไม่ได้ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์ไว้ หรือระบุไว้ทั้งหมดเสียชีวิต กฎหมายกำหนดให้จ่ายเงินกองทุนให้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ตามสัดส่วน

สมาชิก กสจ. (กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำ)

ลูกจ้างประจำ เสียชีวิต



เอกสารหลักฐานการขอรับเงินจาก กสจ.

- แบบคำขอรับเงินกองทุน กสจ. กรณีสมาชิกถึงแก่ความตาย (แบบ กสจ. 004/2)
- สำเนาใบมรณบัตรของสมาชิก
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ/ผู้รับประโยชน์
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ของผู้มีสิทธิ

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บำเหน็จตกทอด



บิดา มารดา **1 ส่วน**



คู่สมรส **1 ส่วน**



บุตร **2 ส่วน**

บุตร 3 คนขึ้นไป **3 ส่วน**

ในกรณีไม่มีทายาทตามกฎหมาย

ให้จ่ายแก่**บุคคลซึ่งผู้ตายแสดงเจตนาไว้ต่อส่วนราชการเจ้าสังกัด**

** ตามแบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด *

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด

หนังสือแสดงเจตนา
ต้องระบุให้บุคคลอื่น ที่มิใช่
บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด

(แบบ 1)

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด

เขียนที่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(1)

ข้าพเจ้า .....(2) [ ] ข้าราชการ [ ] ผู้รับบำนาญ [ ] ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ชั้น / ยศ / ระดับ..... ตำแหน่ง ..... สังกัดกอง/สำนักงาน.....กรม.....มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์..... กระทรวง...การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.....จังหวัด.....สงขลา.....ได้รับ [ ] เงินเดือน เดือนละ.....(3) บาท [ ] บำนาญรวมกับ ข.ค.บ เดือนละ.....(3) บาท [ ] เบี้ยหวัดรวมกับ ข.ค.บ. เดือนละ.....(3) บาท

ที่อยู่ที่ติดต่อได้เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทร.....E-mail: .....

ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย หากข้าพเจ้าไม่มีทายาทผู้มีสิทธิจะได้รับบำเหน็จตกทอด (บุตร สามี หรือภริยา และบิดา มารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย) ตามมาตรา 48 วรรคหนึ่ง และมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2494 และที่แก้ไขเพิ่ม และมาตรา 58 วรรคหนึ่ง และมาตรา 60 แห่งพระบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2539 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จตกทอดแก่บุคคล รวม.....(4) คน ดังรายชื่อไปนี้

1. ..... (5) ที่อยู่ที่ติดต่อได้เลขที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทร. ..... ให้ได้รับ..... (6) ส่วน

เงินช่วยพิเศษ (ค่าทำศพ)

ใครมีสิทธิ์ได้รับเงินช่วยพิเศษ 3 เท่า

ปฏิบัติงาน



ข้าราชการ



ลูกจ้างประจำ



พม. และพนักงานเงินรายได้

หลังเกษียณ



ผู้รับบำนาญ

เงินช่วยพิเศษ (ค่าทำศพ)

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษ

*ระบุได้เพียงรายเดียวเท่านั้น อาจเป็นทายาทหรือไม่ก็ได้

ถ้าไม่ได้แสดงเจตนาไว้ ใครเป็นผู้รับเงินช่วยพิเศษ

ลำดับที่ 1 คู่สมรส
ลำดับที่ 2 บุตร
ลำดับที่ 3 บิดามารดา

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เงินช่วยพิเศษ (ค่าทำศพ)

เอกสารหลักฐานการขอรับเงินช่วยพิเศษ 3 เท่า

1. แบบคำขอรับเงินช่วยพิเศษกรณีถึงแก่ความตาย
2. หนังสือแสดงเจตนาเงินช่วยพิเศษ
3. ใบมรณบัตร
4. ทะเบียนบ้านที่ประทับตราว่าตาย
5. สำเนาบัตร บชช ของคนที่รับเงิน
6. สำเนาทะเบียนบ้าน
7. สำเนาทะเบียนสมรส
8. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
9. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ สกุล (หากมี)
10. บันทึกสืบสวนจากคณะ**(ปฏิบัติงาน)**



ข้อมูลตัวอย่างของ
คณะวิศวกรรมศาสตร์



ครอบครัวขอรับความช่วยเหลือจากที่ใดได้บ้าง?

ตัวอย่างสวัสดิการกรณีเสียชีวิตของคณะวิศวกรรมศาสตร์

เงินบำเพ็ญกุศลของคณะ/ส่วนงาน

ขึ้นอยู่กันแต่ละคณะ

คณะดำเนินการให้ (ติดต่อคณะต้นสังกัด)

เงินสงเคราะห์ครอบครัวและบำเพ็ญกุศล

50,000 บาท

ติดต่อกองบริหารทรัพยากรบุคคล
ภายใน 60 วัน นับจากวันที่เสียชีวิต

เงินช่วยพิเศษ

3 เท่าของเงินเดือน

ติดต่อกองบริหารทรัพยากรบุคคล
ภายใน 1 ปี
กรณีจ้างด้วยเงินรายได้ ติดต่อคณะ

เงินชดเชย ตามระยะเวลาปฏิบัติงาน

ติดต่อกองบริหารทรัพยากรบุคคล

กองทุนและประกันกลุ่ม

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

ตรวจสอบสิทธิและ
ผู้รับผลประโยชน์

ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม

ตรวจสอบความคุ้มครองและ
เอกสารตามบริษัทประกันกำหนด

ประสาน กองบริหารทรัพยากรบุคคล

สหกรณ์ออมทรัพย์ ม.อ.

เงินสงเคราะห์ตามอายุสมาชิก
ยื่นภายใน 180 วัน

สหกรณ์บริการ ม.อ.

สมาชิกเสียชีวิต 4,000 บาท
ยื่นภายใน 180 วัน

ประกันสังคม

ค่าทำศพ 50,000 บาท และ
เงินสงเคราะห์ตามการส่งเงินสมทบ
ยื่นภายใน 2 ปี

ติดต่อสหกรณ์ที่เป็นสมาชิก หรือสำนักงานประกันสังคม ตามสิทธิ

ตรวจสอบสิทธิเป็นรายบุคคล และยื่นคำขอให้ทันกำหนดของแต่ละหน่วยงาน

ข้อมูลตัวอย่างของคณะวิศวกรรมศาสตร์ • สิทธิเป็นไปตามเงื่อนไขของแต่ละสวัสดิการ

สวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย / พนักงานเงินรายได้ กรณีเสียชีวิต

คณะวิศวกรรมศาสตร์

1.เงินสวัสดิการบุคลากรกรณีบำเพ็ญกุศลศพ (บุคลากรทุกประเภท)



จำนวน

2,000 บาท



แหล่งเงิน

เงินรายได้คณะวิศวกรรมศาสตร์

คณะฯ ดำเนินการให้

2.เงินสงเคราะห์ครอบครัวและเงินบำเพ็ญกุศล



จำนวนเงิน

50,000 บาท



แหล่งเงิน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เอกสารที่ต้องใช้

1. แบบขอรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
2. สำเนาใบมรณบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุคลากรผู้ถึงแก่กรรม ฉบับจำหน่ายการถึงแก่กรรมแล้ว
3. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์
4. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์

ระยะเวลา
ในการติดต่อ

ภายใน 60 วัน นับจากวันที่บุคลากรแก่กรรม

3.เงินช่วยพิเศษกรณีถึงแก่ความตาย



จำนวนเงิน
3 เท่าของเงินเดือน



แหล่งเงิน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
กรณีจ้างด้วยเงินรายได้คณะใช้เงิน
รายได้คณะ



เอกสารที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับเงินช่วยพิเศษฯ
2. สำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับเงินช่วยพิเศษฯ
3. สำเนามรณบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต
4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอรับเงินช่วยพิเศษฯ
5. เอกสารอื่นๆ เช่น สำเนาทะเบียนสมรส สำเนาสูติบัตร
6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงินช่วยพิเศษฯ

ระยะเวลา
ในการติดต่อ

1 ปี นับแต่วันที่ถึงแก่ความตาย

4.เงินชดเชย

จำนวนเงิน

ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการปฏิบัติงาน

แหล่งเงิน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอเบิก
2. สำเนาทะเบียนราษฎรของผู้ยื่นคำขอเบิก
3. สำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับเงิน
4. สำเนาใบมรณบัตร
5. สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร

5.กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (กรณีเป็นสมาชิก)

จำนวนเงิน

เงินสะสมและเงินสมทบ 100%

แหล่งเงิน

-บลจ. ไทยพาณิชย์มาสเตอร์ฟันด์
-บลจ. อีสท์สปริง

เอกสารที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการสิ้นสุดสมาชิกภาพ
2. สำเนามรณบัตร
3. หนังสือแจ้งผู้รับผลประโยชน์ (ต้นฉบับ)
4. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์
5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อผู้รับผลประโยชน์

หน่วยงานที่ติดต่อ | งานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ กองบริการทรัพยากรบุคคล

6.ประกันสุขภาพ/ประกันอุบัติเหตุ

แหล่งเงิน

ขึ้นอยู่กับบริษัทที่มายื่นประมูลในแต่ละปี
(ปัจจุบันเป็นบ. เมืองไทยประกันชีวิต)

เอกสารที่ต้องใช้

ตามเอกสารของบริษัท

หน่วยงานที่ติดต่อ	งานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ กองบริการทรัพยากรบุคคล

7.ประกันสังคม

จำนวนเงิน

กรณีขอรับค่าทำศพ 50,000 บาท
กรณีขอรับเงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต
ขึ้นอยู่กับการส่งเงินสมทบ

แหล่งเงิน

กองทุนประกันสังคม

เอกสารที่ต้องใช้

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนฯ (สปส.2-01)
2. สำเนามรณบัตรพร้อมตัวจริง
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์
5. หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)
6. หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ
7. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ระยะเวลาในการติดต่อ	2 ปี นับจากวันเสียชีวิต
หน่วยงานที่ติดต่อ	สำนักงานประกันสังคม

8.สวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิตฯ สหกรณ์ออมทรัพย์ ม.อ. กรณีเป็นสมาชิก(ตามเงื่อนไข)

จำนวนเงิน

ขึ้นอยู่กับอายุการเป็นสมาชิก

เอกสารที่ต้องใช้

ตามเอกสารของสหกรณ์ออมทรัพย์ ม.อ.

แหล่งเงิน

สหกรณ์ออมทรัพย์ ม.อ.

ระยะเวลาในการติดต่อ | 180 วัน นับจากวันที่เสียชีวิต

1.เป็นสมาชิกครบ 1 ปี

9.เงินสงเคราะห์บำเพ็ญกุศลศพ สหกรณ์บริการ ม.อ.
กรณีเป็นสมาชิก สบ.มอ.(ตามเงื่อนไข)

จำนวนเงิน

กรณีสมาชิกเสียชีวิต 4,000 บาท
กรณีญาติสายตรงเสียชีวิต 1,000 บาท

เงื่อนไข

1. เป็นสมาชิกครบ 1 ปี
2. มีทุนเรือนหุ้นขั้นต่ำ 5,000 บาท
3. รับเงินปันผลผ่านบัญชีเงินฝากสหกรณ์
4. ไม่เป็นผู้ผิดนัดชำระหนี้ ในขณะที่ขอรับสวัสดิการ

เอกสารที่ต้องใช้

ตามเอกสารของสหกรณ์บริการ ม.อ.

แหล่งเงิน

สหกรณ์บริการ ม.อ.

ระยะเวลาในการติดต่อ	180 วัน นับจากวันที่เสียชีวิต

สวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานเงินรายได้กรณีเสียชีวิต (คณะวิศวกรรมศาสตร์)

	สวัสดิการ	จำนวนเงิน	แหล่งเงิน	เอกสารที่ต้องใช้	หน่วยงานที่ติดต่อ	ระยะเวลาในการติดต่อ	หมายเหตุ
1	เงินสวัสดิการบุคลากรกรณีบำเพ็ญกุศพศพฯ	2,000 บาท	คณะวิศวกรรมศาสตร์	คณะดำเนินการให้	คณะวิศวกรรมศาสตร์		
2	เงินสงเคราะห์ครอบครัวและเงินบำเพ็ญกุศลฯ	50,000 บาท	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. แบบขอรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว 2. สำเนาใบมรณบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านของบุคลากรผู้ถึงแก่กรรมฉบับจำหน่ายการถึงแก่กรรมแล้ว 3. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวของผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์ 4. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	ภายใน 60 วัน นับจากวันที่บุคลากรถึงแก่ความตาย	กรณีบุคลากรเสียชีวิต
3	เงินช่วยพิเศษกรณีถึงแก่ความตาย	3 เท่าของเงินเดือน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. แบบคำขอรับเงินช่วยพิเศษฯ 2. สำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับเงินช่วยพิเศษฯ 3. สำเนามรณบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอรับเงินช่วยพิเศษฯ 5. เอกสารอื่น ๆ เช่น สำเนาทะเบียนสมรส,สำเนาสูติบัตร 6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิ์รับเงินช่วยพิเศษฯ	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	1 ปี นับแต่วันที่ถึงแก่ความตาย	กรณีจ้างด้วยเงินรายได้ ติดต่อคณะ
4	เงินชดเชย	ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการปฏิบัติงาน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอเบิก 2. สำเนาทะเบียนราษฎรของผู้ยื่นคำขอเบิก 3. สำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับเงิน 4. สำเนาใบมรณบัตร (กรณีพนักงานฯ เสียชีวิต) 5.สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร	กองบริหารทรัพยากรบุคคล		
5	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	เงินสะสมและเงินสมทบ 100%	บลจ.ไทยพาณิชย์มาสเตอร์ฟันด์ บลจ.อีสท์สปริง	1. แบบแจ้งการสิ้นสุดสมาชิกภาพ 2. สำเนามรณบัตร 3. หนังสือแจ้งผู้รับผลประโยชน์ (ต้นฉบับ) 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อผู้รับผลประโยชน์	กองบริหารทรัพยากรบุคคล		กรณีเป็นสมาชิก

	สวัสดิการ	จำนวนเงิน	แหล่งเงิน	เอกสารที่ต้องใช้	หน่วยงานที่ติดต่อ	ระยะเวลาในการติดต่อ	หมายเหตุ
6	ประกันสุขภาพ/ประกันอุบัติเหตุ		ขึ้นอยู่กับบริษัทที่มายื่นประมูลในแต่ละปี (ปัจจุบันเป็น บ.เมืองไทยประกันชีวิต)	ตามเอกสารแนบของบริษัท	กองบริหารทรัพยากรบุคคล		
7	ประกันสังคม - กรณีขอรับค่าทำศพ - กรณีขอรับเงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต	50,000 บาท ขึ้นอยู่กับการส่งเงินสมทบ	ประกันสังคม	1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนฯ (สปส.2-01) 2. สำเนามรณบัตร 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์ 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต 5. หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี) 6. หลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้จัดการศพ 7. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	สนง.ประกันสังคม	2 ปีนับจากวันเสียชีวิต	
8	สวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิตฯ (สอ.มอ)	ขึ้นอยู่กับอายุการเป็นสมาชิก	สหกรณ์ออมทรัพย์มอ.	ตามเอกสารแนบของสหกรณ์ออมทรัพย์ มอ.	สหกรณ์ออมทรัพย์มอ.	180 วัน นับจากวันที่เสียชีวิต	กรณีเป็นสมาชิก สอ.มอ (ตามเงื่อนไข)
9	เงินสงเคราะห์บำเพ็ญกุศลศพ (สบ.มอ)	กรณีสมาชิกเสียชีวิต 4,000 บาท กรณีญาติสายตรงเสียชีวิต 1,000 บาท	สหกรณ์บริการ มอ.	ตามเอกสารแนบของสหกรณ์บริการ มอ.	สหกรณ์บริการ มอ.	180 วัน นับจากวันที่เสียชีวิต	กรณีเป็นสมาชิก สบ.มอ (ตามเงื่อนไข)

สวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีเสียชีวิต (คณะวิศวกรรมศาสตร์)

	สวัสดิการ	จำนวนเงิน	แหล่งเงิน	เอกสารที่ต้องใช้	หน่วยงานที่ติดต่อ	ระยะเวลาในการติดต่อ	หมายเหตุ
1	เงินสวัสดิการบุคลากรกรณีบำเพ็ญกุศพศพฯ	2,000 บาท	คณะวิศวกรรมศาสตร์	คณะดำเนินการให้	คณะวิศวกรรมศาสตร์		
2	เงินสงเคราะห์ครอบครัวและเงินบำเพ็ญกุศลฯ	50,000 บาท	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. แบบขอรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว 2. สำเนาใบมรณบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้าน ของบุคลากรผู้ถึงแก่กรรมฉบับจำหน่ายการถึงแก่กรรมแล้ว 3. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวของผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์ 4. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	ภายใน 60 วัน นับจากวันที่บุคลากรถึงแก่ความตาย	กรณีบุคลากรเสียชีวิต
3	เงินช่วยพิเศษกรณีถึงแก่ความตาย	3 เท่าของเงินเดือน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. แบบคำขอรับเงินช่วยพิเศษฯ 2. หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลผู้มีสิทธิตามมาตรา 24 วรรคสอง 3. สำเนามรณบัตรซึ่งรับรองถูกต้องแล้ว 4. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านซึ่งรับรองถูกต้อง 5. บันทึกการสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ 6. สำเนาบัตรประชาชน 7. สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	1 ปี นับแต่วันที่ถึงแก่ความตาย	กรณีจ้างด้วยเงินรายได้ ติดต่อคณะ
4	เงินชดเชย	ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการปฏิบัติงาน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอเบิก 2. สำเนาทะเบียนราษฎรของผู้ยื่นคำขอเบิก 3. สำเนาหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับเงิน 4. สำเนาใบมรณบัตร (กรณีพนักงานฯ เสียชีวิต) 5.สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร	กองบริหารทรัพยากรบุคคล		กรณีเป็นสมาชิก
5	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ		มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. แบบแจ้งการสิ้นสุดสมาชิกภาพ 2. สำเนามรณบัตร 3. หนังสือแจ้งผู้รับผลประโยชน์ (ต้นฉบับ) 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อผู้รับผลประโยชน์	กองบริหารทรัพยากรบุคคล		
6	ประกันสุขภาพ/ประกันอุบัติเหตุ		เมืองไทยประกันภัย	ตามเอกสารแนบของบริษัท	กองบริหารทรัพยากรบุคคล		
7	สวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เสียชีวิตฯ (สอ.มอ)	ขึ้นอยู่กับอายุการเป็นสมาชิก	สหกรณ์ออมทรัพย์มอ.	ตามเอกสารแนบของสหกรณ์ออมทรัพย์ มอ.	สหกรณ์ออมทรัพย์มอ.	180 วัน นับจากวันที่เสียชีวิต	กรณีเป็นสมาชิก สอ.มอ (ตามเงื่อนไข)

	สวัสดิการ	จำนวนเงิน	แหล่งเงิน	เอกสารที่ต้องใช้	หน่วยงานที่ติดต่อ	ระยะเวลาในการติดต่อ	หมายเหตุ
8	เงินสงเคราะห์บำเพ็ญกุศลศพ (สบ.มอ)	กรณีสมาชิกเสียชีวิต 4,000 บาท กรณีญาติสายตรงเสียชีวิต 1,000 บาท	สหกรณ์บริการ มอ.	ตามเอกสารแนบของสหกรณ์บริการ มอ.	สหกรณ์บริการ มอ.	180 วัน นับจากวันที่เสียชีวิต	กรณีเป็นสมาชิก สบ.มอ (ตามเงื่อนไข)
9	ประกันสังคม - กรณีขอรับค่าทำศพ - กรณีขอรับเงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต	50,000 บาท ขึ้นอยู่กับการส่งเงินสมทบ	ประกันสังคม	1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนฯ (สปส.2-01) 2. สำเนามรณบัตรพร้อมตัวจริง 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์ 4. หนังสือระบุให้เป็นผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี) 5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	สนง.ประกันสังคม	2 ปีนับจากวันเสียชีวิต	

เงินสงเคราะห์ครอบครัว และเงินบำเพ็ญกุศลศพบุคลากร



เงินสงเคราะห์ครอบครัวและเงินบำเพ็ญกุศลศพบุคลากร

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2569



บุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

50,000 บาท



ยื่นคำขอภายใน 60 วัน

นับจากวันที่ถึงแก่กรรม

ผู้มีสิทธิรับเงินตามลำดับ

1. **คู่สมรส**
2. **บุตร** รวมถึงบุตรนอกสมรสที่บิดารับรองแล้ว
3. **บิดา มารดา**

กรณีไม่มีผู้มีสิทธิ

ผู้จัดการศพรับเงินได้ โดยต้องมีหนังสือรับรอง

เอกสารประกอบ

- เอกสารแสดงความสัมพันธ์
- ใบมรณบัตร
- บัตรประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงิน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้มีสิทธิรับเงิน
- หนังสือรับรองการเป็นผู้จัดการศพ (กรณีรับเงินตามประกาศฯ ข้อ 6)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ยื่นคำขอพร้อมเอกสารต่อส่วนงานต้นสังกัด
2. ส่วนงานตรวจสอบหลักฐาน
3. คณะอนุกรรมการสวัสดิการประจำวิทยาเขตพิจารณาอนุมัติ
4. รับเงินสงเคราะห์

เงินชดเชย
กองทุนพนักงานมหาวิทยาลัย และกองทุนพนักงานเงินรายได้

กรณีเสียชีวิต



เงินชดเชยกรณีเสียชีวิต



สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย และพนักงานเงินรายได้

คำนวณตามอัตราเงินเดือนสุดท้าย และระยะเวลาปฏิบัติงานติดต่อกัน

ครบ 120 วัน แต่ไม่ครบ 1 ปี	ครบ 1 ปี แต่ไม่ครบ 3 ปี	ครบ 3 ปี แต่ไม่ครบ 6 ปี
1 เดือน	**3 เดือน**	**6 เดือน**
เงินชดเชยเท่ากับเงินเดือน	เงินชดเชยเท่ากับเงินเดือน	เงินชดเชยเท่ากับเงินเดือน

ครบ 6 ปี แต่ไม่ครบ 10 ปี	ครบ 10 ปี แต่ไม่ครบ 20 ปี	ครบ 20 ปีขึ้นไป
8 เดือน	**10 เดือน**	**14 เดือน**
เงินชดเชยเท่ากับเงินเดือน	เงินชดเชยเท่ากับเงินเดือน	เงินชดเชยเท่ากับเงินเดือน

ตามหลักเกณฑ์ค่าชดเชย ข้อ 48 • ตรวจสอบสิทธิและเงื่อนไขเป็นรายบุคคล

ประกันชีวิต

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

กรมธรรม์ประกัน (แผนหลัก + สมัครใจ)



ใครบ้างที่ใช้ ประกันกลุ่มเมืองไทยประกันชีวิต ได้?

กลุ่มบุคลากรตามสิทธิและการสมัครประกัน

กลุ่มที่ 1

บุคลากรที่มีสิทธิในกองทุน

พนักงานมหาวิทยาลัยที่มีสิทธิในกองทุนพนักงานมหาวิทยาลัย ทุกคน



ตามสิทธิของพนักงานมหาวิทยาลัย

กลุ่มที่ 2

บุคลากรที่มีได้รับสิทธิในกองทุน

(เฉพาะบุคลากรที่สมัคร)

- พนักงานมหาวิทยาลัยที่ไม่มีสิทธิในกองทุนพนักงานมหาวิทยาลัย
- ข้าราชการ
- ลูกจ้างประจำ
- พนักงานเงินรายได้
- ลูกจ้างชั่วคราว และบุคลากรประเภทอื่น



บุคลากรที่มีได้รับสิทธิในกองทุน ต้องสมัครประกัน จึงจะได้รับความคุ้มครองตามแผน

สวัสดิการและสิทธิประโยชน์กรณีเสียชีวิต

ภาคบังคับ

ประกันชีวิตกลุ่ม

คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี
ตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก

40,000 บาท

รวมถึงการเสียชีวิตจากการก่อการร้าย
และสงครามกลางเมืองทุกประเภท

ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

เสียชีวิตจาก
อุบัติเหตุธรรมดา

160,000 บาท

จ่ายเพิ่มเติมจากประกันชีวิตกลุ่ม

ประกันสุขภาพภาคสมัครใจ

(เฉพาะบุคลากรที่สมัคร)

คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี
ตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก

31,000 บาท

ภาคบังคับ: เสียชีวิตทั่วไป	ภาคบังคับ: เสียชีวิตจากอุบัติเหตุธรรมดา
รวม **40,000** บาท	รวม **200,000** บาท 40,000 + 160,000

บุคลากรที่มีทั้งสองแผน

รับผลประโยชน์ประกันชีวิตภาคสมัครใจ

เพิ่ม 31,000 บาท

ตามสิทธิและเงื่อนไข

การจ่ายสินไหมเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อยกเว้นของกรมธรรม์

การเรียกร้องสินไหมกรณีเสียชีวิต

ประกันชีวิตกลุ่ม



ไม่กำหนดเป็นจำนวนวัน

การยื่นขอรับสินไหมกรณีเสียชีวิต

แจ้งและยื่นเอกสารโดยเร็ว

ควรแจ้งเหตุและจัดเตรียมเอกสารให้เร็วที่สุด

ควรดำเนินการภายในปีกรมธรรม์ที่เกิดเหตุ

เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบสิทธิและประสานงาน

แนะนำให้ดำเนินการโดยเร็ว และไม่ควรข้ามปีกรมธรรม์

การดำเนินการภายในปีกรมธรรม์เป็นข้อแนะนำ มิใช่การกำหนดวันสิ้นสุดสิทธิ

หลักฐานที่ต้องใช้ในการเรียกร้องสินไหม

ประกันชีวิตและอุบัติเหตุกลุ่ม • กรณีเสียชีวิต

เอกสารพื้นฐาน ข้อ 1–9

ใช้ทั้งกรณีเสียชีวิตทั่วไปและจากอุบัติเหตุ

1. จดหมายเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการประกันชีวิต อุบัติเหตุ และทุพพลภาพ
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันและผู้รับประโยชน์ทุกคน
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันและผู้รับประโยชน์ทุกคน
4. สลิปเงินเดือนครั้งสุดท้าย หรือหลักฐานนำส่งเงินประกันสังคมเดือนสุดท้าย
5. สำเนาสัญญาจ้างงาน
6. ถ้อยคำผู้รับประโยชน์ แบบฟอร์ม 2-02-05-122
   - ระบุผู้รับประโยชน์: ให้ผู้รับประโยชน์ลงนาม
   - ไม่ระบุผู้รับประโยชน์: ให้ผู้มีอำนาจของบริษัทของผู้เอาประกันลงนาม พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท
7. สำเนาบัตรสมัครประกันชีวิตกลุ่ม (ถ้ามี)
8. สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกัน
9. สำเนาหนังสือรับรองการตายจากสถานพยาบาล
   - ใช้เมื่อใบมรณบัตรข้อ 2.3 ระบุว่า “มี”

กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

เพิ่มเอกสารข้อ 10–12

10. ถ้อยคำแพทย์ผู้รักษา แบบฟอร์ม 2-02-05-078
11. สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ ด้านหน้า–หลัง
12. สำเนารายงานการตรวจศพ (ถ้ามี)

สินไหมตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป

เพิ่มเอกสารข้อ 18–19

18. ภาพถ่ายสีของผู้รับผลประโยชน์ที่ได้รับสินไหม ตั้งแต่ 100,000 บาท ขึ้นไป
19. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมตามสัญญาประกันกลุ่ม ที่มีมูลค่าตั้งแต่ 100,000 บาท ขึ้นไป

ข้อ 18–19 ใช้ทั้งกรณีเสียชีวิตทั่วไปและจากอุบัติเหตุ เมื่อถึงเกณฑ์วงเงิน

- เสียชีวิตทั่วไป: ข้อ 1–9
- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ: ข้อ 1–12
- สินไหม ≥ 100,000 บาท: เพิ่มข้อ 18–19

ตัวอย่างการกรอก
หลักฐานการเรียกร้องสินไหม
กรณีเสียชีวิต



หนังสือรับรองทายาทและขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืน

วันที่ 12 พ.ย. 2569

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามดังต่อไปนี้ (ข้อมูลทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์)

ชื่อและนามสกุลของทายาทฯ	มีความสัมพันธ์เป็น	ที่อยู่ปัจจุบัน	ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติและที่อยู่ปัจจุบัน ในประเทศไทย (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย)	หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล
1. นางใจดี นาดี	ภรรยา	☑ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ○ อื่นๆโปรดระบุ		099-4896589
2.		○ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ○ อื่นๆโปรดระบุ		

ขอให้คำรับรองต่อบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ว่าผู้ที่มีรายนามดังกล่าวข้างต้น เป็นทายาทโดยธรรมตามกฎหมายของ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ ตามสัญญาประกันภัย เลขที่ .....00118888..... และมีความประสงค์ขอให้บริษัทฯ จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืน ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ให้แก่ผู้มีรายนามข้างต้น โดยแบ่งจ่ายคนละส่วน เป็นจำนวนที่เท่ากัน และในการจ่ายเงินครั้งนี้ ข้าพเจ้าผู้มีรายนามข้างต้น ขอให้คำรับรองต่อบริษัทฯ ว่าผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ รายนี้มีทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย เฉพาะบุคคลที่มีรายนามข้างต้นเท่านั้น หากปรากฏในภายหลังว่ามีทายาทโดยธรรมตามกฎหมายรายอื่นซึ่งมิได้ ระบุนามไว้ข้างต้นมาแสดงตน และหลักฐานเพื่อขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืน ตามสัดส่วนที่ตนจะพึงมีสิทธิได้รับ จากบริษัทฯ หรือในกรณีอื่นใด อันเป็นสาเหตุให้บริษัทฯ ต้องจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืนให้แก่ทายาทตามกฎหมายรายนั้น เป็นจำนวนเงินเท่าใด ข้าพเจ้าผู้มีรายนามข้างต้น ตกลงยินยอมรับผิดชอบ ต่อบริษัทฯ ในฐานะลูกหนี้ร่วม ในการชดใช้เงินค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืนตามจำนวนที่ต้องจ่ายไป คืนให้กับบริษัทฯ ทั้งหมดในทันทีที่ได้รับแจ้งจากบริษัทฯ โดยหากผิดสัญญาดังกล่าว ข้าพเจ้าผู้มีรายนามข้างต้นตกลงยินยอมให้คิดดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี จนกว่าจะชำระเงินคืนครบถ้วน

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

☑ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ศาสนา เชื้อชาติ ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้นที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อบริษัทประกันภัยอื่น สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ควบคุมกำกับดูแล เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมทดแทน เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบ หรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

เพื่อเป็นหลักฐานอันสำคัญ ข้าพเจ้าผู้มีรายนามข้างต้นจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และมอบหนังสือรับรองทายาทฉบับนี้ ในการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืน พร้อมหลักฐานยืนยันความสัมพันธ์ให้กับบริษัทฯ ยึดถือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ทายาทโดยธรรม/ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
(นางใจดี นาดี)

ลงชื่อ.....ทายาทโดยธรรม/ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(นางสาวพาใจ นาดี)

ลงชื่อ.....พยาน
(นายมานะ นาดี)

กรณีทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์ เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามส่วนนี้เพิ่มเติมในการให้ความยินยอมข้างต้นพร้อมระบุความสัมพันธ์

*ลงชื่อ .....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

หมายเหตุ :
1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
*2. กรณีทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์ เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
*3. กรณีทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์ เป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
4. ก่อนนำส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) ขอให้ขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ" แล้วแต่กรณี จนไม่สามารถอ่านข้อความได้พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ" แทนท่านได้
5. ตามประกาศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) หากค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืน ที่ได้รับต่อทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป ขอให้ผู้รับประโยชน์กรุณาแสดงตัวตน โดย
   • สามารถแสดงตัวตนได้ที่ศูนย์บริการลูกค้า เมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ หรือแสดงตัวตนกับตัวแทนของบริษัท
   • หรือสามารถดาวน์โหลด MTL Click Application โดยสแกน QR Code ด้านล่างนี้ เพื่อแนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผ่านทางเมนู E-KYC บน MTL Click Application
   • หรือขอให้แนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนโดยส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
   • สำหรับกรณี ทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์ ที่เป็นผู้เยาว์และยังไม่มีบัตรประชาชน ขอให้ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตน ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

กรุณาระบุวิธีการรับเงินค่าสินไหมทดแทน/เงินเบี้ยประกันภัยคืน

○ รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
○ ส่งผ่านตัวแทน.....สังกัด.....
☐ รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....
☐ ที่อยู่ปัจจุบัน.....

สำหรับตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้พบกับทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์ หรือ บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / ทายาทตามกฎหมายของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ ครบถ้วนทุกท่านตามที่ได้ลงนามในเอกสารฉบับนี้ และได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....(ตัวบรรจง) รหัสตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัท..... วันที่.....

MTL Click Application

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

คำเตือน ผู้รับประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลตามข้อคำถามและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้

แบบฟอร์มหนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคนเท่านั้น

ถ้อยคำผู้รับประโยชน์

เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

วันที่ 12 พ.ย.2569

1. สัญญาประกันภัยเลขที่ 00118888 ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย บุคลากรที่เสียชีวิต ชื่อ-สกุลเดิม (ถ้ามี).....

อาชีพก่อนเสียชีวิต พนักงานมหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาล ดังนี้

โรคหรือ อาการเจ็บป่วย	วันที่รับการรักษา	ชื่อแพทย์	สถานพยาบาล

3. การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกันภัย ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

4. ข้อมูลผู้รับประโยชน์

4.1 ชื่อ ใจดี นามสกุล นาดี

ประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทย).....

4.2 ที่อยู่ปัจจุบัน

☑ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน

☐ อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.3 ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์

☐ ที่อยู่เดียวกับข้อ 4.2

☐ อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....☐ กรณีที่ต้องการรับแจ้งข้อมูลสินไหมมรณกรรมเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ขอให้ทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ☐

4.5 อีเมล (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น).....

5. วิธีการรับสินไหมมรณกรรม

☐ รับเช็คที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

☐ ส่งเช็คทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ระบุในข้อ 4.3

☐ รับเช็คที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....

☑ ส่งเช็คผ่านตัวแทน ชื่อ เจ้าหน้าที่จากกองบริหารทรัพยากรบุคคล สังกัด กองบริหารทรัพยากรบุคคล

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

☑ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ศาสนา เชื้อชาติ ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า “ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว”) รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ควบคุมกำกับดูแล เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมทดแทน เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบ หรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ❑ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ถ้อยคำมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้เยาว์) ของผู้เอาประกันภัย/ผู้อ้างสิทธิ์/ผู้รับมอบอำนาจตามกรมธรรม์ประกันภัยของบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ที่ผ่านมาและข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย (“ข้อมูล”) เปิดเผยข้อมูลแก่บริษัทฯ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ ให้สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอม เปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ .....ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล(ผู้รับประโยชน์)/ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติ
(นางใจดี นาดี)

ลงชื่อ .....พยาน ลงชื่อ .....พยาน

(นางสาวพาใจ นาดี) (นายมานะ นาดี)

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามส่วนนี้เพิ่มเติมในการให้ความยินยอมข้างต้น พร้อมระบุความสัมพันธ์

*ลงชื่อ .....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

หมายเหตุ : 1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

*2. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

*3. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์

4. ก่อนนำส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) ขอให้ขีดทับข้อมูล “ศาสนา”หรือ “เชื้อชาติ” แล้วแต่กรณี จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล “ศาสนา”หรือ “เชื้อชาติ” แทนท่านได้

5. ตามประกาศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) หากค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับต่อผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป ขอให้ผู้รับประโยชน์กรุณาแสดงตัวตน โดย

- สามารถแสดงตัวตนได้ที่ศูนย์บริการลูกค้า เมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ หรือแสดงตัวตนกับตัวแทนของบริษัทฯ
- หรือสามารถดาวน์โหลด MTL Click Application โดยสแกน QR Code ด้านล่างนี้ เพื่อแนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน ผ่านทางเมนู E-KYC บน MTL Click Application
- หรือขอให้แนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนโดยส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
- สำหรับกรณีผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์และยังไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ขอให้ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตน ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

<u>สำหรับตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัท</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้พบกับผู้รับประโยชน์ หรือ บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ ครบถ้วนทุกท่าน ตามที่ได้ลงนามในเอกสารฉบับนี้ และได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... (ตัวบรรจง) รหัสตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ .....วันที่.....

MTL Click Application

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับกรณีที่มีมูลค่าสินไหมทดแทนตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป/ Claim Request Form for Group Insurance Member Whose Claim Is 100,000 THB and Over.

โปรดระบุรายละเอียดทุกข้อ พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง ที่ไม่ขาดอายุ ณ วันที่ลงในแบบฟอร์มฉบับนี้ และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วย/ Please specify all details and attach a certified true copy of ID card or a certified true copy of passport which is valid on the date indicated in this form.

(หมายเหตุ/ Remark: ในกรณีที่ท่านไม่มีข้อมูลใด กรุณาใส่เครื่องหมาย " - " / If the information is not applicable, please write " - ".)

1. ชื่อ-นามสกุล/ Name-Surname.....สัญชาติ/ Nationality.....

2. เกิดวันที่/ Date of Birth.....เดือน/ Month.....พ.ศ./ B.E. ..... อาชีพ/ Occupation.....

3. เลขประจำตัวประชาชน/ ID Card No.....วันหมดอายุ/ Expiry Date.....

   เลขหนังสือเดินทาง/ Passport No.....วันหมดอายุ/ Expiry Date.....

4. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่/ House Registration Address.....หมู่บ้าน/ อาคาร/ Village/ Building.....

   หมู่ที่/ Moo.....ซอย/ Soi.....แขวง/ Sub District.....

   เขต/ District.....จังหวัด/ Province.....รหัสไปรษณีย์/ Postal Code.....

5. ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (สำหรับกรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย)/ Residential Address in the Country of Nationality

   (in case of non-Thai Nationality) บ้านเลขที่/ Building Number.....ถนน/ Road.....

   ตำบล/ อำเภอ/ City/ Town.....รัฐ/ จังหวัด/ State/ Province.....

   รหัสไปรษณีย์/ Postal Code.....ประเทศ/ Country.....

6. ที่อยู่ปัจจุบัน/ Present Address ○ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ House Registration Address

   ○ อื่นๆ โปรดระบุ/ Others, please specify.....

   .....

7. ข้อมูลการติดต่อ/ Contact Information *(กรุณาระบุข้อมูลอย่างน้อย 1 ข้อมูล/ Please specify at least one item.)*

   โทรศัพท์มือถือ/ Mobile Phone.....อีเมล/ E-mail Address.....

   โทรศัพท์บ้าน/ Tel.....โทรศัพท์ที่ทำงาน/ Business Tel.....

ลงชื่อ/ Signature.....สมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม/ Group Insurance Member

( ) วันที่/ Date.....เดือน/ Month.....พ.ศ./ B.E.....

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

กรณีเสียชีวิต



กรณีสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเสียชีวิต

เงินกองทุนที่ผู้รับผลประโยชน์จะได้รับ

- 1 เงินสะสม
- 2 ผลประโยชน์ของเงินสะสม
- 3 เงินสมทบ
- 4 ผลประโยชน์ของเงินสมทบ

เงินสมทบและผลประโยชน์ของเงินสมทบ ได้รับ 100% โดยไม่คำนึงถึงอายุสมาชิก

การจ่ายเงินกองทุน

จ่ายให้ผู้รับผลประโยชน์ที่สมาชิกระบุไว้
ยึดหนังสือระบุผู้รับผลประโยชน์ฉบับที่ลงวันที่ล่าสุด

ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม จาก บลจ. Eastspring

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

1 เท่า

ของจำนวนเงินกองทุนที่มีสิทธิได้รับ

เสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม

2 เท่า

ของจำนวนเงินกองทุนที่มีสิทธิได้รับ

ทุนประกันภัยขั้นต่ำ 10,000 บาท • สูงสุดไม่เกิน 2,000,000 บาท

ประกันสังคม



สิทธิประกันสังคมกรณีเสียชีวิต

ค่าทำศพ

50,000
บาท



เงินสงเคราะห์กรณีตาย

จำนวนเงินขึ้นอยู่กับการส่งเงินสมทบ



ยื่นเรื่องที่

สำนักงานประกันสังคม

เอกสารประกอบการยื่นเรื่อง

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนฯ (สปส. 2-01)
2. สำเนามรณบัตร พร้อมฉบับจริง
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
4. หนังสือระบุผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์กรณีตาย (ถ้ามี)
5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ยื่นคำขอภายใน 2 ปี นับจากวันเสียชีวิต

แลกเปลี่ยนเรียนรู้
ในมุมมองของแต่ละส่วนงาน

