

การประกันแรงงาน

เงินส่วนต่างของประกันสุขภาพ

แบบฟอร์มใบสมัครและใบเสร็จรับเงิน

การประกันภัยอุบัติเหตุจากการทำงาน

เลขที่รับ เลขที่

วันที่กรอกแบบฟอร์ม ปี เดือน วัน (โปรดอ่านหมายเหตุด้านหลังให้ละเอียดก่อนกรอกแบบฟอร์ม)

ผู้มีประกันภัย วันเดือนปีเกิด: ปี เดือน วัน

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน/หมายเลขบัตรกรมท่าหรือหมายเลขหนังสือเดินทาง : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

เสียชีวิตขณะชอรับเงินประกันสุขภาพกับกรมประกันแรงงาน (การเสียชีวิตทุกสาเหตุ(พิการ) หรือ การเสียชีวิตทุพพลภาพขั้นรุนแรง)ในระหว่างการเสียชีวิต

ผู้รับเงินประกันในลำดับเดียวกันจำนวน คน

ด้วยความยินยอมของผู้รับเงินประกัน ตามมาตรา 63-1 วรรค 2 ของข้อบังคับการประกันภัย และ (ตามมาตรา 50 วรรค 2 ของข้อบังคับการประกันและคุ้มครองอุบัติเหตุจากการทำงาน)ได้ระบุ

การเลือกการจ่ายเงินประกันแบบ 「การรับเงินประกันค่าชดเชยความทุพพลภาพแบบครั้งเดียวหรือรับเงินส่วนต่างหลังจากหักเงินบำนาญที่ได้รับทั้งหมดแล้ว」

ขอให้สำนักงานประกันแรงงานโอนเงินเข้าบัญชีเจ้าของตามวิธีที่เลือกไว้แล้ว

ถ้าเงินประกันภัยได้โอนไปยังบัญชีของผู้รับเงินบำนาญหลังจากผู้ประกันภัยได้เสียชีวิต

สำหรับผู้ที่มีสิทธิ์รับประกันและเมื่อมีผู้รับเงินประกันภัยไม่ได้มีการระบุชื่อรายอื่นๆ ในลำดับเดียวกัน สำหรับผู้ที่มีสิทธิ์ของผู้รับเงินประกัน สามารถรับผิดชอบในการแบ่งเงินประกัน

ซึ่งในส่วนนี้ทางกรมประกันภัยไม่สามารถเข้ามาเกี่ยวข้องได้ หากได้รับเงินประกันสำนักงานประกันภัยได้จ่ายเงินจากเงิน (เงินช่วยเหลือ)

สามารถให้สิทธิ์กับทางสำนักงานประกันภัยหักเงินคืนจากเงินประกันที่ได้รับ

โปรดเลือกวิธีการรับเงินประกัน แล้วแนบสำเนาหน้าปกสมุดเงินฝากคิดไว้ด้านหลัง :

- 1. กรณณาโอนเงินเข้าบัญชีตามจำนวนเงินที่ได้รับ บัญชี
2. กรณณาโอนเงินไปยังบัญชีของผู้รับเงินประกันในแต่ละบัญชีอย่างเท่าเทียมกัน

Table with 4 columns: ชื่อผู้รับเงิน, จำนวนเงิน, โอนเงินเข้าบัญชีสมุดไปรษณีย์, โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น. It contains 4 rows for beneficiary information.

ขอแสดงความนับถือ สำนักประกันแรงงานกระทรวงแรงงาน

ผู้รับเงินประกันภัย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____ ผู้แทนตามกฎหมาย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____
รหัสไปรษณีย์ : _____ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ : (_____)

ที่อยู่ : _____

ผู้รับเงินประกันภัย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____ ผู้แทนตามกฎหมาย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____
รหัสไปรษณีย์ : _____ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ : (_____)

ที่อยู่ : _____

ผู้รับเงินประกันภัย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____ ผู้แทนตามกฎหมาย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____
รหัสไปรษณีย์ : _____ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ : (_____)

ที่อยู่ : _____

ผู้รับเงินประกันภัย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____ ผู้แทนตามกฎหมาย : _____ เงินชื่อหรือประทับตรา : _____
รหัสไปรษณีย์ : _____ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ : (_____)

ที่อยู่ : _____

※ หากจำนวนผู้รับเงินเกิน 4 คน และขอให้ผู้รับเงินประกันกรณารอกเอกสารแบบฟอร์มในรูปแบบเดียวกันและแยกเป็นฉบับ แล้วส่งพร้อมกัน

111. 03

กรุณาติดหน้าสำเนาปกสมุดเงินฝากของผู้รับประกัน

※ หากคุณต้องการ โอนไปยังบัญชีของผู้รับแต่ละคน โปรดติดสำเนาหน้าปกสมุดเงินฝากส่วนบุคคลตามลำดับ _

※ ข้อควรระวัง

1. หากผู้มีประกันภัยมีระยะเวลาประกันภัยแรงงานก่อนวันที่ 1 ม.ค. 2009 และผู้รับเงินประกันเสียชีวิตในระหว่างขอรับเงินประกันแรงงานทุพพลภาพ(พิการ)
(รับเงินประกันทุพพลภาพที่สูญเสียการทำงานทั้งหมดหรือทุพพลภาพขั้นรุนแรง) หากมีผู้รับเงินประกันและเสียชีวิตในช่วงระหว่างนี้ ทายาทผู้รับเงินประกันสามารถรับเงิน แบบ
(การรับเงินทรัพย์สินตกทอดแบบง่ายเป็นงวด)หรือ(การรับเงินประกันค่าชดเชยความทุพพลภาพแบบครั้งเดียวหรือรับเงินส่วนต่างหลังจากหักเงินบำนาญที่ได้รับทั้งหมดแล้ว)
โปรดใช้วิจารณญาณก่อนตัดสินใจเลือก เมื่อผ่านการตรวจสอบโดยสำนักงานประกันแรงงานแล้วจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้อีก
2. การเลือก(การรับเงินประกันค่าชดเชยความทุพพลภาพแบบครั้งเดียวหรือรับเงินส่วนต่างหลังจากหักเงินบำนาญที่ได้รับทั้งหมดแล้ว)ควรแนบเอกสารดังต่อไปนี้:
 - (1) แบบฟอร์มใบสมัครและใบเสร็จรับเงิน (การประกันภัยอุบัติเหตุจากการทำงาน) เงินส่วนต่างของประกันทุพพลภาพ
 - (2) ใบมรณะบัตร หรือหนังสือการชันสูตรศพของอัยการ หรือ หนังสือคำพิพากษาใบมรณะบัตร
 - (3) สำเนาทะเบียนบ้านทั้งหมดพร้อมวันที่ผู้รับประกันภัยเสียชีวิต และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ซึ่งเป็นที่อยู่ปัจจุบันหลังจากวันที่ผู้ประกันภัยได้เสียชีวิต
และถ้าเป็น (หากผู้มีประกันภัย และ ผู้รับเงินผลประโยชน์ ซึ่งอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกัน ให้ใช้ฉบับเดียวกันก็เพียงพอ หากผู้รับผลประโยชน์เป็นบุตรบุญธรรม จะต้องระบุวันที่รับ
เป็นบุตรบุญธรรมและจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย
 - (4) หากผู้รับเงินผลประโยชน์เป็นหลานหรือพี่น้อง ควรแนบเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันภัยมาด้วย
3. ทุกช่องของแบบฟอร์มในหน้าหนึ่ง จะต้องลงนามหรือประทับตรา หากผู้รับเงินผลประโยชน์นี้ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรืออยู่ภายใต้การปกครอง
ผู้แทนทางกฎหมายควรเซ็นชื่อรับรองหรือประทับตรา
4. กรุณาตรวจสอบและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หากมีข้อสอบถามกรุณา โทร 02-23961266 ต่อ 2250 หรือติดต่อสำนักงานประกันแรงงาน กระทรวงแรงงาน
หรือสำนักงานในพื้นที่ 5. ที่อยู่ทางไปรษณีย์หรือจัดส่ง: "สำนักประกันแรงงาน กระทรวงแรงงาน" เลขที่ 4 ส่วนที่ 1 ถนนหลอชื่อฟู เขตจางเจิง เมืองไทเป 100232

