



โรงพยาบาลมวกเหล็ก
 เลขที่ ๒๐๒ ๖๐๙
 วันที่ 24 ก.พ. 2565
 เวลา ๒.19

ที่ สป ๐๐๓๒.๐๐๑/๑/ ๖ ๔๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
 ๕๖ ถนนเทศบาล ๓ อำเภอเมืองสระบุรี
 จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งสำเนาหนังสือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือ จำนวน ๑ ฉบับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ขอส่งสำเนาหนังสือ ดังนี้

๑. สำเนาหนังสือกองทุนประกันวินาศภัย ที่ กปว.อช.๒๕๖๔/ว.๑ ลงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เรื่อง บอกละเมิดกรมธรรม์ประกันภัย และขอให้ยื่นคำทวงหนี้ต่อผู้ชำระบัญชีของ บริษัท เอเชียประกันภัย ๑๙๕๐ จำกัด (มหาชน)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปรีชา โอภาสสวัสดิ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- เพื่อไปตรวจ
- เก็บหลักฐาน

กลุ่มบริหารงานทั่วไป (งานการเงิน)

โทร. ๐ ๓๖๒๑ ๑๐๑๕ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๓๖๒๑ ๒๓๐๘

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> กลุ่มเวชปฏิบัติ | <input type="checkbox"/> กลุ่มทนายความ |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มเภสัชกรรม | <input type="checkbox"/> กลุ่มงานบริหาร |
| <input type="checkbox"/> งานสุขภาพชุมชน | <input type="checkbox"/> กลุ่มงาน |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานประชาสัมพันธ์ | <input type="checkbox"/> งานศูนย์จัดเก็บรายได้ |
| <input checked="" type="checkbox"/> ๑๑ Feb ๖๕ | |

24 ก.พ. 2565

ศิริพร
 ๒๕๖๕

๒๕๖๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
 เลขที่ 13950
 วันที่ 18 พ.ย. 2564
 เวลา 09.11

ที่ สธ ๐๒๐๖.๐๑/ว ๔๗/๕๔

ถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์
 โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง และสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๓

งานการเงิน-งบประมาณ
 เลขที่ 139
 วันที่ 18 พ.ย. 2564
 เวลา 10.45

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอส่งสำเนาหนังสือกองทุนประกันวินาศภัย ที่ กพว.อช.
 ๒๕๖๔/ว.๑ ลงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เรื่อง บอกละเมิดกรมธรรม์ประกันภัย และขอให้ยื่นคำทวงหนี้ต่อผู้ชำระ
 บัญชีของ บริษัท เอเชียประกันภัย ๑๙๕๐ จำกัด (มหาชน) มาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย



13 พ.ย. ๖๔

- พ. 11 ก. 1302 บอกละเมิดกรมธรรม์ประกันภัย
 บริษัท เอเชียประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อยื่นคำทวงหนี้
 ต่อผู้ชำระบัญชี

กองบริหารการคลัง
 โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๒๕๐
 โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๒๕๐

(นางธิตติมา ขาวสง่า)
 นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ

11 ก.ย.
 23 พ.ย. ๖๕

(นายปรีชา โอภาสสวัสดิ์)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี



กองทุนประกันวินาศภัย
General Insurance Fund

กลุ่มสารบรรณ
เลขรับ 20590
วันที่ 9/11/64
เวลา 11:37

กระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ 54267
วันที่ - 9 พ.ย. ๒๕๖๔
เวลา 08:23 (๕)

กองบริหารการคลัง
สำนักนายแพทย์สาธารณสุข
เลขรับ 30462
วันที่ 9 พ.ย. 2564
เวลา

ที่ กปว.อช. ๒๕๖๔/ว.๑

วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง บอกละเมิดกรมธรรม์ประกันภัย และขอให้ยื่นคำทวงหนี้ต่อผู้ชำระบัญชีของ บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)

เรียน คุณปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังได้มีคำสั่งที่ 1936/2564 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2564 เพิกถอนใบอนุญาตประกอบธุรกิจประกันวินาศภัย บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) จึงมีผลให้บริษัทเลิกกันนับแต่วันที่ถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาต และคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยมีคำสั่งที่ 2/2564 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2564 แต่งตั้งกองทุนประกันวินาศภัยเป็นผู้ชำระบัญชีของบริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)

กองทุนประกันวินาศภัย ในฐานะผู้ชำระบัญชีบริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานของบริษัทแล้ว ปรากฏว่าท่านเป็นเจ้าของที่มีสิทธิได้รับชำระหนี้ที่เกิดจากการเอาประกันภัย จึงขอแจ้งให้ท่านทราบ ดังนี้

1. การบอกละเมิดกรมธรรม์ประกันภัย

ท่านเป็นผู้เอาประกันภัยที่ทำประกันภัยไว้กับ บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) ตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ 75371A30/6401/00003 และระยะเวลารับประกันภัยยังไม่สิ้นสุด โดยหนังสือฉบับนี้กองทุนประกันวินาศภัยในฐานะผู้ชำระบัญชีของ บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) ขอใช้สิทธิบอกละเมิดกรมธรรม์ประกันภัย โดยให้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว สิ้นสุดในวันที่ 15 ธันวาคม 2564 และได้คำนวณเบี้ยประกันภัยคืนตามส่วนแก่ท่านตามระยะเวลาความคุ้มครองที่เหลืออยู่เป็นเงินจำนวน 256.99 บาท (สองร้อยห้าสิบบาทเก้าสิบเก้าสตางค์) โดยท่านสามารถใช้สิทธิเลือกได้ดังนี้

1.1 นำค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้รับคืนไปใช้แทนเงินสดในการซื้อกรมธรรม์ประกันภัยใหม่กับบริษัทประกันภัย

กรณีท่านประสงค์จะนำเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้รับคืน มาเป็นส่วนหนึ่งของเบี้ยประกันภัยในการซื้อประกันภัยใหม่กับบริษัทประกันภัยที่เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือผู้เอาประกันภัยของบริษัทที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต โดยท่านสามารถนำหนังสือฉบับนี้และหนังสือคำยืนยันสิทธิฯ ที่แนบมาพร้อมกับหนังสือฉบับนี้ไปติดต่อบริษัทประกันภัยที่ท่านประสงค์จะซื้อกรมธรรม์ประกันภัยได้โดยตรง โดยไม่ต้องติดต่อยื่นคำทวงหนี้มาที่กองทุนฯ ซึ่งบริษัทประกันภัยที่ท่านไปติดต่อจะเป็นผู้คำนวณค่าเบี้ยประกันภัยคืนให้แก่ท่านใหม่ โดยให้ถือว่าวันที่ท่านติดต่อขอซื้อประกันภัยกับบริษัทประกันภัยใหม่ เป็นวันสิ้นสุดของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้และบริษัทประกันภัยจะคำนวณเบี้ยประกันภัยที่ได้รับคืนใหม่ตามระยะเวลาความคุ้มครองที่เหลือ (เบี้ยประกันภัยที่ได้รับคืนจะเพิ่มขึ้น) ทั้งนี้ หากท่านติดต่อขอซื้อประกันภัยหลังจากวันที่ 15 ธันวาคม 2564 ให้ถือว่ากรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดในวันที่ 15 ธันวาคม 2564 ตามข้อ 1

1.2 ขอรับเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่เหลืออยู่คืนจากกองทุนประกันวินาศภัย

กรณีท่านประสงค์จะขอรับคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลืออยู่จากกองทุนประกันวินาศภัย ให้ยื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย โดยกองทุนประกันวินาศภัยจะคืนเบี้ยประกันภัยให้ตามส่วน ตามระยะเวลาความคุ้มครองที่เหลืออยู่ รายละเอียดกำหนดระยะเวลาและการยื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย ปรากฏตามข้อ 3

2. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

หากท่านได้มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนไว้กับ บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) ไว้แล้ว เช่นค่าซ่อมรถ ค่าซ่อมทรัพย์สิน ค่ารักษาพยาบาล ค่าปลงศพ เป็นต้น แต่ยังไม่ได้รับเงินค่าสินไหมทดแทน หรือค่าสินไหมทดแทนเกิดขึ้นหลังจากบริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) ถูกเพิกถอนใบอนุญาตและเหตุเกิดก่อนกรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับ ให้ท่านแจ้งมาในแบบฟอร์มคำยืนยันสิทธิขอรับเงินและขอให้ท่านยื่นคำทวงหนี้ด้วย พร้อมแนบเอกสารหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงหนี้ดังกล่าว

/3. กำหนด...

3. กำหนดระยะเวลาและการยื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย

3.1 กำหนดระยะเวลายื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย

ให้ท่านยื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย ภายในวันที่ 15 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 โดยกรอกแบบฟอร์มคำยืนยันสิทธิขอรับเงินและยื่นคำทวงหนี้ ที่แนบมาพร้อมนี้ และส่งต้นฉบับ/สำเนากรรมธรรม์ประกันภัยมาพร้อมกันด้วย

3.2 วิธีการยื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย

ท่านสามารถยื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย โดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.2.1 ส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน/ลงทะเบียนตอบรับ โดยส่งเอกสารตามข้อ 3.1 มาที่กองทุนประกันวินาศภัย เลขที่ 1010 อาคารชินวัตรทาวเวอร์ 3 ชั้น 15 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

3.2.2 ยื่นผ่านระบบคุ้มครองสิทธิเจ้าหน้าที่ (Online) ได้ที่ <https://rps-sev.gif.or.th>

3.2.3 ยื่นด้วยตนเอง ตามวันและเวลาราชการ 08.30 - 16.30 น. ดังนี้

(1) กรุงเทพมหานคร

(1.1) กองทุนประกันวินาศภัย เลขที่ 1010 อาคารชินวัตรทาวเวอร์ 3 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900 โทรศัพท์ 0 2791 1444 ต่อ 26-30 (ณ บริเวณอาคารด้านหลังอาคารชินวัตร 3)

(1.2) สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ส่วนกลาง เลขที่ 22/79 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 หมายเลขโทรศัพท์ 0 2515 3999 หรือ สายด่วน คปภ. 1186

(1.3) สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เขตท่าพระ เลขที่ 287 ซอยรัชดาภิเษก 6 ถนนรัชดาภิเษก แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600 โทรศัพท์ 0 2476 9940

(1.4) สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เขตบางนา เลขที่ 1/16 อาคารบางนาธานี ชั้น 8 ซอยบางนา-ตราด 34 ถนนบางนา-ตราด กม.3 แขวงบางนา กรุงเทพมหานคร 10260 โทรศัพท์ 0 2361 3769

(2) ต่างจังหวัด ยื่นได้ที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย จังหวัดทั่วประเทศ โดยท่านสามารถตรวจสอบสถานที่ตั้ง และเบอร์โทรศัพท์ของสำนักงาน คปภ. จังหวัด ได้ที่ <https://www.oic.or.th/th/region>

ในกรณีที่ท่านได้แสดงเจตนาขอรับเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่เหลืออยู่คืนจากกองทุนประกันวินาศภัย หรือเลือกใช้สิทธิอย่างใดอย่างหนึ่งผ่าน web application ของสำนักงาน คปภ. แล้ว กองทุนประกันวินาศภัยจะดำเนินการตามเจตนารมณ์ของท่านดังกล่าว โดยในกรณีการคืนเบี้ยประกันภัยจะคำนวณอ้างอิงจากวัน เวลาที่ท่านใช้สิทธิบน web application และถือว่ากรรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดลงในเวลาเดียวกัน แต่กรณีที่ท่านเลือกนำกรรมธรรม์ประกันภัยเดิมไปซื้อกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่กับบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ให้การสิ้นสุดของกรรมธรรม์ประกันภัยเดิม ให้ถือตามวัน เวลาที่ท่านทำสัญญาประกันภัยใหม่กับบริษัทนั้น ๆ

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ กองทุนประกันวินาศภัย หมายเลขโทรศัพท์ 0 2791 1444 ต่อ 26-30 ในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. (วันและเวลาราชการ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผ่าน กอช. กอ.)
เพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

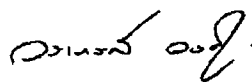
214 พ.ย. 64

(นางสาวนิตยา พวงเงิน)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

หน.ผู้อำนวยการกองกลาง

- ๙ พ.ย. ๒๕๖๔



(นางวารวการณ์ วงศ์พินิจโรตม)

ผู้จัดการกองทุนประกันวินาศภัย

ในฐานะผู้ชำระบัญชี บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)



ประเภท คินเบี้ยประกันภัย
และจ่ายค่าสินไหมทดแทน

คำขอเลขที่
คำยืนยันสิทธิขอรับเงินและยื่นคำทวงหนี้ของเจ้าหน้าที่ตามสัญญาประกันภัย
บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)

เรียน ผู้จัดการกองทุนประกันวินาศภัย

ข้าพเจ้า ในฐานะ ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย
 ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย บุคคลภายนอกที่มีสิทธิเรียกร้องตามมูลหนี้ที่เกิดจากการเอาประกันภัย
ที่อยู่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ (โปรดระบุ) อีเมล (Email)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์

1. ขอนำสิทธิเรียกร้องเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้รับคืนไปใช้แทนเงินสดในการซื้อกรมธรรม์ประกันภัยใหม่
กับบริษัทประกันภัยตามโครงการช่วยเหลือผู้เอาประกันภัยของบริษัทที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต โดยข้าพเจ้าประสงค์
จะซื้อประกันภัยกับบริษัท ข้าพเจ้าจึงขอโอนสิทธิเรียกร้องเงินค่าเบี้ยประกันภัย
ดังกล่าวให้กับบริษัท เป็นการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยต่อไป

(ท่านสามารถนำหนังสือบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย และหนังสือคำยืนยันสิทธิฯ ฉบับนี้ไปติดต่อบริษัท
ประกันภัยตามโครงการช่วยเหลือผู้เอาประกันภัยของบริษัทที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาตที่ท่านประสงค์จะซื้อกรมธรรม์
ประกันภัยได้โดยตรง โดยไม่ต้องติดต่อยื่นคำทวงหนี้มาที่กองทุนฯ อีก)

2. ขอรับเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่เหลืออยู่คืนจากกองทุนประกันวินาศภัย จำนวน 256.99 บาท
(สองร้อยห้าสิบบาทเก้าสิบเก้าสตางค์)

3. ขอยื่นคำทวงหนี้ค่าสินไหมทดแทน ได้แก่

รวมจำนวน บาท (.....)

จากข้อ 2. หรือ ข้อ 3. โดยการโอนเงิน เข้าบัญชีธนาคาร.....

สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี

หรือ โดยการโอนเงินเข้าบัญชีพร้อมเพย์ (ผูกบัญชีธนาคารไว้กับเลขประจำตัวประชาชน)

เมื่อข้าพเจ้าได้รับเงินจากกองทุนประกันวินาศภัยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงโอนสิทธิเรียกร้องและสิทธิรับเงิน
ตามกรมธรรม์ประกันภัย ในจำนวนเงินที่ข้าพเจ้าได้รับแล้วดังกล่าว ให้แก่กองทุนประกันวินาศภัย

4. ไม่ขอรับเงินตามที่กองทุนประกันวินาศภัยพิจารณาจ่าย เนื่องจาก

ทั้งนี้ หากกองทุนประกันวินาศภัย ตรวจสอบภายหลังพบว่า ข้าพเจ้าได้รับชำระหนี้ทั้งหมดหรือบางส่วน
โดยไม่สุจริตหรือไม่ถูกต้องตามสิทธิ เป็นเหตุให้ข้าพเจ้าได้รับชำระหนี้เกินกว่าสิทธิของข้าพเจ้าที่ควรจะได้รับ
กองทุนประกันวินาศภัยสามารถเรียกเงินคืนจากข้าพเจ้าได้ตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าได้นำส่งเอกสารดังต่อไปนี้แนบมาด้วย

1. ต้นฉบับ/สำเนากรมธรรม์ประกันภัย บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)
2. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้า โดยมีรายละเอียดชื่อธนาคาร สาขาที่รับฝาก เลขบัญชี
ธนาคาร ชื่อเจ้าของบัญชี อย่างชัดเจน และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีโอนเงินเข้าบัญชีพร้อมเพย์ ไม่ต้อง
แนบหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า ที่ชัดเจนถูกต้องครบถ้วน และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
4. เอกสารอื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.



กองทุนประกันวินาศภัย
เลขที่ 1010 อาคารชินวัตรทาวเวอร์ 3 ชั้น 15
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร
กรุงเทพมหานคร 10900

บริการ ไปรษณีย์กรมธรรม์ (TMS)
ใบอนุญาตเลขที่ ขป.8/2564
ชำระค่าบริการตามที่ ปณท กำหนด

เรียน คุณปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง
จ.นนทบุรี
11000

818290

ปณ.

เหตุที่ร้องให้นำจ่ายผู้รับไม่ได้

1. จ่ายไม่ชัดเจน

2. ไม่มีเลขที่บ้านตามจำหน่าย

3. ไม่ยอมรับ

4. ไม่มีผู้รับตามจำหน่าย

5. ไม่มารับภายในกำหนด

6. ตาย

7. เลิกกิจการ

8. ย้ายไม่ทราบที่อยู่ใหม่

9. เลขที่รับไม่ถึง

10. บ้านรื้อถอน

11. เลขขาดหายไป

12. อื่นๆ

ลงชื่อ.....



[Type:2_02_0027627]

วิธีการยื่นคำยืนยันสิทธิขอรับเงินและยื่นคำทวงหนี้ต่อกองทุนประกันวินาศภัย

- ท่านสามารถยื่นคำขอรับเงินและคำทวงหนี้พร้อมหลักฐานได้ด้วยตนเอง ณ ที่ทำการกองทุนประกันวินาศภัย (บริเวณอาคารด้านหลังอาคารชินวัตร 3) กรณีไม่สามารถยื่นด้วยตนเองได้ สามารถทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน โดยติดอากรแสตมป์ 10 บาท ทั้งนี้ ให้ท่านรับรองสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจให้เรียบร้อย
- ท่านสามารถยื่นคำขอรับเงินและคำทวงหนี้พร้อมหลักฐาน โดยส่งทางไปรษณีย์ จำหน่ายของถึง "กองทุนประกันวินาศภัย เลขที่ 1010 อาคารชินวัตรทาวเวอร์ 3 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900" ทั้งนี้โปรดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้ยื่นคำทวงหนี้ภายในระยะเวลาที่กองทุนประกันวินาศภัยกำหนด

รายละเอียดการรับเงิน

- กรณีการโอน** กองทุนประกันวินาศภัยจะทำการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ท่านได้แจ้งความประสงค์ไว้กับกองทุนประกันวินาศภัย โดยให้ท่านนำส่งเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้ด้วย
- บุคคลธรรมดาต้องนำส่งเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้**
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน โดยมีรายละเอียดชื่อธนาคาร สาขาที่รับฝาก เลขบัญชีธนาคาร ชื่อเจ้าของบัญชี อย่างชัดเจน และต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีแสดงความประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีพร้อมแพทย์ ไม่ต้องนำส่งสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร)
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน ที่ชัดเจนถูกต้องครบถ้วน โดยต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีนิติบุคคลต้องนำส่งเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้**
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของนิติบุคคล โดยมีรายละเอียดชื่อธนาคาร สาขาที่รับฝาก เลขบัญชีธนาคาร ชื่อเจ้าของบัญชี อย่างชัดเจน และต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม