

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ (rev. 01)

ติดต่อสอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า

Customer Service Center 1484

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Name)..... อายุ (Age)..... อาชีพ (Occupation).....
 เลขที่บัตรประชาชน/พาสปอร์ต (ID Card/Passport)..... หมายเลขบัตร/หมายเลขกรมธรรม์ (Card No./Policy No.).....
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (Current Address).....
 โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (Tel.No.)..... รับ SMS ได้ (Apply SMS) รับ LINE ได้ (Apply LINE) อีเมล (email).....
 (เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดระบุข้อมูลการติดต่อให้ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน For your benefit, please fill the correct, clear&complete contact information)

บริษัทประกันภัยหรือประกันชีวิตอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุชื่อให้ครบถ้วนและทุนประกันภัย) [Other insurers (if any, please specify all with Sum Insured)]

อาการเจ็บป่วย/โรค หรือรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป (เหตุการณ์ก่อนเกิด ความบาดเจ็บ ระหว่างและหลังได้รับบาดเจ็บ)

(Symptom of sickness/Disease or Brief details of how the accident occurred (Event before, during and after occurring the injury).....

สถานที่เกิดการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ Place of sickness/accident..... วันที่ Date..... เวลา Time.....

ผลประโยชน์ที่ต้องการเรียกร้อง Compensation Item..... จำนวนเงิน THB.....

การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ (This sickness / bodily injury has ever been treated or not?)

ไม่เคย (No) เคย รักษาที่ (Yes, be treated at) 1..... Date..... 2..... Date.....

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เรียกร้องประสงค์รับค่าทดแทน โดย (The Insured or the claimant requests the compensation payment by)

เช็คระบุชื่อ (A/C Payee cheque) สถานที่จัดส่ง (Delivery address).....

โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต) (Transfer into Bank Account of Insured or Beneficiary if death claim)

รับเงินสดที่เคาน์เตอร์เซอร์วิส โดยผู้มีชื่อรับเงินเท่านั้น พร้อมแสดงบัตรประชาชนและรหัสรับเงิน (Cash receipt at counter service by the payee only)

เงื่อนไขขอรับเงินสดที่เคาน์เตอร์เซอร์วิส เฉพาะประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลเท่านั้น: (Conditions of Cash receipt at counter service for only PA Policy)

- เฉพาะการจ่ายเงินไม่เกิน 10,000 บาท ต่อหนึ่งชื่อผู้รับเงิน โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องต้องใช้โทรศัพท์มือถือที่ปิดรับ SMS ทุกกรณี เพื่อรับรหัสรับเงิน (Only payment not exceed THB.10,000 per payee and contact tel. with SMS no blocking and apply all time for receipt of OTP Code)
- รหัสรับเงินมีอายุใช้งาน 5 วันเท่านั้น หากไม่รับเงินสดตามกำหนดเวลา บริษัทฯ จะจ่ายค่าทดแทนเป็นเช็คเท่านั้นภายใน 10 วันทำการนับถัดจากวันที่รหัสรับเงินหมดอายุใช้งาน และจะจัดส่งเช็คไปยังที่อยู่ระบุไว้ในข้างต้น (OTP Code thru SMS is valid for 5 days only, if no cash receipt in time, it is to be auto-arranged to A/C payee cheque instead within 10 working days after the invalid OTP Code. Cheque will be sent to the mentioned address above)
- กดรหัสรับเงินผิด 3 ครั้ง จะรับเป็นเงินสดไม่ได้ การจ่ายจะเป็นไปตามข้อ 2 (Miss key OTP code 3 times, cannot get cash & follow no. 2 above)

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ Permanent Disability / Dismemberment	กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)
<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ Doctor's Certificate	รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกเอกสาร (Certified true copy by related organization)
<input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ Medical History & X-Ray result	<input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ และผ่าศพ Copy Autopsy report & Dissection, if any
<input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย Photo of Claimant and injured organ	<input type="checkbox"/> สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล Copy of Death Certificate
<input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา <u>กรณีเป็นคดีความ</u>	<input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ Medical History & X-Ray result
Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit	<input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา <u>กรณีเป็นคดีความ</u>
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต Certified true copy of ID Card/Passport	Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit
<input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงความพิการ Document of Disabled Status	<input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร Copy of Death Certificate
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy insurance card	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตประตับ "ตาย" และของผู้รับผลประโยชน์
<input type="checkbox"/> สำเนาน้ำบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย Certified true copy of Bank Book	Copy of census registration of the deceased with "Death" record & the beneficiary's
ค่ารักษาพยาบาล (Medical Exps.) / ถ้ามีเบิกเงินชดเชยรายได้ : ใช้เอกสารสำเนา	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์
<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง Original Doctor's Certificate	Copy of ID card/Passport of the deceased & the beneficiary's
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย Original receipt with details	<input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์
<input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษากรณีผู้ป่วยใน Copy Medical History Record for IPD	Copy of Name - Surname Change Certificate of Insured and Beneficiary
<input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา <u>กรณีเป็นคดีความ</u>	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy insurance card
Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit	<input type="checkbox"/> สำเนาน้ำบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ Certified true copy of Bank Book
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต Certified true copy of ID Card/Passport	
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy insurance card	
<input type="checkbox"/> สำเนาน้ำบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย Certified true copy of Bank Book	

หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนตามความจำเป็น (Additional documents may be requested if it is necessary)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแต่งทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมและยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทนหรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที (I would certify that the foregoing statements are true in all respects. I accept and agree that if I have made any false or fraudulent statement or any suppression, distortion, concealment or untrue averment whatever, my right on this compensation is accepted and agreed to be absolutely and immediately lapsed.)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลให้แก่บริษัทประกันภัยนี้ หรือผู้แทนทราบได้ทุกประการ เพื่อประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องข้างต้น อนึ่ง สำเนา เอกสารเพื่อการมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ไว้เป็นหลักฐานสำคัญ (In addition, I, hereby authorize any concerned physician who has medically examined me to disclose this insurer all information of medical history and related evidence, A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original one for the purpose of investigation and adjudication my claim. My signature below is to certify all of this statement.

ลงชื่อ (Signature).....ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทน หรือผู้รับประโยชน์ (Insured, Representative, Beneficiary)

ชื่อ-สกุลตัวบรรจง (.....) วันที่บันทึก (Record Date)