## มเพ. เมื่อให้เกมระทันฮิต 250 ถนะนิชาราทิเม เขตที่วะเทา กรุงเทพร 10310 Muang Thai Life Assurance PCL 250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 103 10 กระเมียมเขต! 107/55000406 %, +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 (□ +66 (0) 2276 1997-8

**ส่วนที่ 1** Part 1

## ใบเรียกร้องค่าชดเชย กรณีบาดเจ็บ / เจ็บป่วย Claim Form for Injury / Illness

หัญญาประทันภัยเลขที่ อยู่ก่อง the insurance contract No.  เมประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัท เมืองไทยประทันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้  by express intention to claim compensation from Muang Thai Life Assurance Public Company Limited with the following information for company reserves the right to send information to only it mobile phone no. The Company wilk keep the mobile phone no. One Company Limited Properties (Lipited Lipited Li	
มประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้ ye express intention to claim compensation from Muang Thai Life Assurance Public Company Limited with the following information for or company Limited with the following information for or company Limited with the following information for company Limited with Limited Li	
Name - last ก็me of patient ที่อยู่ปัจจุบัน	onsideration.
Present address สถานที่ทำงาน -	l gears old
Business address  runulardinรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลขเท่านั้น)  08556748 Mobile phone no. (The Company reserves the right to send information to only 1 mobile phone no.)  บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายัง โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on record to contact and notify privileges until you notify changes to the Company. Please specify your intention.    บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่ลัญญาประกันภัยข้องท่าน Keep mobile phone no. on record for the insurance contracts.  ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน If you do not specify your intention, the Company reserves the right to keep the mobile phone no. on record for all of your insurance contracts.  ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน If you do not specify you'r intention, the Company reserves the right to keep the mobile phone no. on record for all of your insurance contracts.  2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.dxfgchvjbk.  2. ช่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.dxfgchvjbk.  3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident  1) วันที่เกิดเหตุ (a) In case of accident  1) วันที่เกิดเข้า (a) In case of accident  1) วันที่เกิดเหตุ (a) In case of accident  2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น  Cause of accident  3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ ถึงวันที่ ถึงวันที่ ถึงวันที่ ถึงวันที่ ถอน discharged  4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเขยจากบริษัทอื่น  Are you eligible for compensation from other company? Yes, please specify  5. วิธีการรับเงินค่าชดเขย   โดมเข้าเมียงใหม่กับซิรหาคารที่ได้ระบุได้ทั้งเลียงได้หากนั้น โรมเข้าเหตุ เกิดเรียก การเลียงเกิดเรียก หากัน เลียงโกยกระกันซีวิต จำกัด (มหาชน)  Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited    จับที่บริษัท เมืองไทยประกันซีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา    สะเก็จ เมืองเกียรที่เหติ เมืองเก็บหาดี อักกัด (มหาชน)	
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลขเท่านั้น) 085556748 Mobile phone no. (The Company reserves the right to send information to only 1 mobile phone no.) บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายัง โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on record to contact and notify privileges until you notify changes to the Company. Please specify your intention.  \[ \] บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยที่ระบุข้างตัน Keep mobile phone no. on record for the insurance contract no  \[ \] บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน Keep mobile phone no. on record for all insurance contracts. ทั้งนั้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน If you do not specify your intention, the Company reserves the right to keep the mobile phone no. on record for all of your insurance contracts.  2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา dxfgchyjbk	
โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on record to contact and notify privileges until you notify changes to the Company. Please specify your intention.    บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น Keep mobile phone no. on record for the insurance contract not บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยของท่าน Keep mobile phone no. on record for all insurance contracts. ทั้งนี้ หากหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน If you do not specify your intention, the Company reserves the right to keep the mobile phone no. on record for all insurance contracts. ขึ้งสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา dxf.gchvjbk จังหวัด vbnm โทร. 57878 Name of hospital/clinic treated Province Tel.  3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) in case of accident  1) วันที่เกิดเหตุ เวลา น. การแจ้งความ ปี มี แจ้งความที่ Date of Accident Time hrs. Any police report Yes, please specify  2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น Cause of accident  3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ Date admitted Date discharged  (ข) กรณีเจ็บป่วย (b) in case of illness  1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 13/02/2568 ถึงวันที่ 19/02/2568 Date admitted Date discharged  4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชย โดมเข้าบัญชิธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น Iransfer to the bank account given to the Company only.   รับที่เจ้านักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Poblic Company Limited   รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา Receive at Muang Thai Life Assurance Poblic Company Limited   ส่งท่างโษงนั้นยัตามาถือเป้าจำนักรีอ ตามที่อย่ดังนี้	2
บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุขัางตัน Keep mobile phone no. on record for the insurance contract no บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน Keep mobile phone no. on record for all insurance contracts. ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน If you do not specifyyour intention, the Company reserves the right to keep the mobile phone no. on record for all of your insurance contracts.  2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา dxfgchvjbk	บริษัทซ
<ol> <li>ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา dxfgchvjbk Name of hospital/clinic treated</li> <li>คrovince</li> <li>Tel.</li> <li>(n) กรณีอุบัติเหตุ (a) in case of accident</li> <li>บันที่เกิดเหตุ เวลา น. การแจ้งความ มี มี แจ้งความที่ Date of Accident</li> <li>บันที่เกิดเหตุ เวลา น. การแจ้งความ มี มี แจ้งความที่ Date of Accident</li> <li>บันตุการณ์ที่เกิดขึ้น Cause of accident</li> <li>เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ Date admitted</li> <li>บันพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ Date admitted</li> <li>บันพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ Date admitted</li> <li>บันพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 13/02/2568 ถึงวันที่ Date discharged</li> <li>สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น มี โปรดแจ้งรายละเอียด Date discharged</li> <li>สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น มี โปรดแจ้งรายละเอียด Date discharged</li> <li>สิทธิ์ให้รับค่าชดเชย โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น Claim payment collection Transfer to the bank account given to the Company only. รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch ส่งผ่านตัวแทน (Wa agent) ชื่อ (Name) สังกัด (Team/Department) ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อย่าจจบันหรือ ตามที่อย่ดังนี้</li> </ol>	o. stated above.
1) วันที่เกิดเหต       เวลา       น. การแจ้งความ       มี แจ้งความที่         Date of Accident       Time       hrs. Any police report       Yes, please specify         2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น       Guse of accident       ถึงวันที่       ถึงวันที่         3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่       Date discharged         (ข) กรณีเจ็บป่วย (b) in case of illness       1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่       13/02/2568       ถึงวันที่       19/02/2568         Date admitted       Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น       มี โปรดแจ้งรายละเอียด       Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น       Yes, please specify         5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย       โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น         Claim payment collection       Transfer to the bank account given to the Company only.         รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันซีวิต จำกัด (มหาชน)       Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited         รับที่บริษัท เมืองไทยประกันซีวิต จำกัด (มหาชน)       สาขา         Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch       สังคำด (Team/Department)         ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อย่ปัจจบันหรือ ตามที่อย่ดังนี้	
1) วันที่เกิดเหต       เวลา       น. การแจ้งความ       มี แจ้งความที่         Date of Accident       Time       hrs. Any police report       Yes, please specify         2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น       Guse of accident       ถึงวันที่       ถึงวันที่         3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่       Date discharged         (ข) กรณีเจ็บป่วย (b) in case of illness       1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่       13/02/2568       ถึงวันที่       19/02/2568         Date admitted       Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น       มี โปรดแจ้งรายละเอียด       Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น       Yes, please specify         5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย       โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น         Claim payment collection       Transfer to the bank account given to the Company only.         รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันซีวิต จำกัด (มหาชน)       Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited         รับที่บริษัท เมืองไทยประกันซีวิต จำกัด (มหาชน)       สาขา         Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch       สังคำด (Team/Department)         ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อย่ปัจจบันหรือ ตามที่อย่ดังนี้	
Cause of accident       3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ Date admitted       ถึงวันที่ Date discharged         (ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness       1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 13/02/2568 ถึงวันที่ 19/02/2568 Date admitted       ถึงวันที่ 19/02/2568 Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น Are you eligible for compensation from other company? Yes, please specify       Yes, please specify         5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น Claim payment collection Transfer to the bank account given to the Company only. รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited            โท่ปริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name)	[] ไม่มี No
Date admitted   Date discharged     (ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness   13/02/2568   ถึงวันที่   19/02/2568   19	
(ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness       1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่       13/02/2568       ถึงวันที่       19/02/2568         1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่       13/02/2568       ถึงวันที่       19/02/2568         2       Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น       Yes, please specify         5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น         Claim payment collection Transfer to the bank account given to the Company only.         รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)         Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited         รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา         Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch         ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name)       สังกัด (Team/Department)         ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อย่ปัจจบันหรือ ตามที่อย่ดังนี้	
1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่       13/02/2568       ถึงวันที่       19/02/2568         Date admitted       Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น       มี โปรดแจ้งรายละเอียด       Date discharged         4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น       Yes, please specify         5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย       โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น         Claim payment collection       Transfer to the bank account given to the Company only.          รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)       Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited          รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา	
4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น มี โปรดแจ้งรายละเอียด	
<ul> <li>□ รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)</li> <li>Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited</li> <li>□ รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา</li> <li>Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch</li> <li>□ ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name)</li> <li>□ ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบันหรือ ตามที่อยู่ดังนี้</li> </ul>	[] ไม่มี No
Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited	
Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch  ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name)	
☐ ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name)	
── ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบันหรือ ตามที่อยู่ดังนี้ Direct mail to current address or the following address	
🔲 ขอรับผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสที่ร้าน 7-Eleven (ไม่เกิน 10,000 บาท) โดยแจ้งข้อมูลรหัสรับเงินผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หมายเลข Counter Service at 7-Eleven stores (Not exceed 10,000 Baht), please specify mobile phone no. to receive OTP.	
ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา Declaration and Authorization of Medical History Disclosure	
โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือเคยทำการตรวจสุขภาพขย	
วย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตววจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่บริษัท เมืองไทยประกั	นชีวิตจำกัด (ม
พเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเ	
ระวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพขอ	
วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปภาพหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลข	วังคับได้เช่นเ <sup>ล</sup> ็
ุทุกประการ	
Wish this letter, I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that has or had provided me/an injured per: l treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to Muang T ny Limited, and I authorize Muang Thai Life Assurance Public Company Limited or agent of the Company to act as legal representative to	hai Assurance

Company Limited, and l'authorize Muang Thai Life Assurance Public Company Limited or agent of the Company to act as legal representative to proceed and contact to receive the aforementioned medical history from attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this authorization is regarded as equally effective and complete as the original.

(ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม)

ลงชื่อ Sign (	.(ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม) (Insured/Legal representative) )		
avชื่อ	.(พยาน)	ลงชื่อ	.(พยาน)
Sign	(Witness)	Sign	(Witness)
(	)	(	)