



ใบเรียกร้องค่าชดเชย กรณีบาดเจ็บ / เจ็บป่วย Claim Form for Injury / Illness

วันที่ (Date).....

ตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....

According to the insurance contract No.

มีความประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้

I hereby express intention to claim compensation from Muang Thai Life Assurance Public Company Limited with the following information for consideration.

1. ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย.....	อายุ (ปัจจุบัน)..... ปี
Name - last name of patient.....	Age (present)..... years old
ที่อยู่ปัจจุบัน.....	
Present address.....	
สถานที่ทำงาน.....	อาชีพ / ลักษณะงาน.....
Business address.....	Occupation / Job description.....
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลขเท่านั้น) Mobile phone no. (The Company reserves the right to send information to only 1 mobile phone no.).....	
บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัทฯ The Company will keep the mobile phone no. on record to contact and notify privileges until you notify changes to the Company. โปรดระบุความประสงค์ของท่าน Please specify your intention.	
<input type="checkbox"/> บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น Keep mobile phone no. on record for the insurance contract no. stated above.	
<input type="checkbox"/> บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน Keep mobile phone no. on record for all 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.	
2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....	จังหวัด..... โทร.
Name of hospital/clinic treated.....	Province..... Tel.....
3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	
1) วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น.	การแจ้งความ <input type="checkbox"/> มีแจ้งความที่..... <input type="checkbox"/> ไม่มี
Date of Accident..... Time..... hrs.	Any police report Yes, please specify No
2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....	
Cause of accident.....	
3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่.....	ถึงวันที่.....
Date admitted.....	Date discharged.....
(ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness	
1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่.....	ถึงวันที่.....
Date admitted.....	Date discharged.....
4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น..... <input type="checkbox"/> มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... <input type="checkbox"/> ไม่มี	
Are you eligible for compensation from other company?.....	Yes, please specify No
5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย..... <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้รับไว้กับบริษัทเท่านั้น	
Claim payment collection.....	Transfer to the bank account given to the Company only.
<input type="checkbox"/> รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited	
<input type="checkbox"/> รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา..... Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch.....	
<input type="checkbox"/> ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ.....สังกัด (Team/Department).....	
<input type="checkbox"/> ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบันหรือ ตามที่อยู่ดังนี้.....	
Direct mail to current address or the following address.....	
<input type="checkbox"/> 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 หรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปภาพหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่ามียกเลิกบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

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 person/a sick person with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to Muang Thai Assurance Public Company Limited, and I 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.

ลงชื่อ..... (ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม)
Sign (Insured/Legal representative)

ลงชื่อ..... (พยาน)
Sign (Witness)

ลงชื่อ..... (พยาน)
Sign (Witness)

หมายเหตุ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

Remark In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.