บลง. เมื่อเกี่ยงระทับเรียก 250 เกษร์สายาใหม เองทำสายาก กรุณาพา 10310 หรือ เกษร์สาย เองทำสายาก ความ 250 เกษร์สาย เกษร์สาย ความ 250 เกษร์สาย เกษร์สาย ความ 250 เกษร์สาย ความ 2

ส่วนที่ **1**

y express intention to claim compensation from Much. 1. ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย	เยประกันชีวิต จำกัด (ม ang Thai Life Assurance P CULTY OF ARCHITEC อ อ อ อิโแจ้งข้อมูลผ่านหมายเล o send information to only 1 พ่อใช้ในการติดต่อและแจ้ง ord to contact and notify priv บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน บูญาประกันภัยของท่าน รันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	Public Company Limi CTURE อาชีพ / ลักษณะงาร Occupation / Job descr ลชโทรศัพท์เพียง 1 1 mobile phone no.) งสิทธิประโยชน์ต่างจ ivileges until you notify งตัน Keep mobile pho ไ Keep mobile phone no. on notify mobile phone no. on n	ited with the follow	ving information for or o	years old years old (89 โงบริษัทช no. stated above.
มประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัท เมืองไท y express intention to claim compensation from Muly y express intention to claim compensation from Muly y express intention to claim compensation from Muly 1. ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย Nisit FAC Name - last name of patient ที่อยู่ปัจจุบัน Present address สถานที่ทำงาน - Business address หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทร์ Mobile phone no. (The Company reserves the right to บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่ โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on reco Please specify your intention. บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญ ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บั If you do not specify your intention, the Company res 2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา Name of hospital/clinic treated 3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	ang Thai Life Assurance P CULTY OF ARCHITEC อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ	Public Company Limi CTURE อาชีพ / ลักษณะงา Occupation / Job descr ลขโทรศัพท์เพียง 1 1 mobile phone no.) งสิทธิประโยชน์ต่าง vต้น Keep mobile phone r ไห้ Keep mobile phone r ดังกลาวสำหรับทุ mobile phone no. on r	ited with the follow	ving information for or of the second of th	years old years old (89 โงบริษัทช no. stated above.
 vexpress intention to claim compensation from Mud. ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย Nisit FAC Name - last name of patient ที่อยู่ปัจจุบัน Present address สถานที่ทำงาน - Business address หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทธ์ Mobile phone no. (The Company reserves the right to บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่ โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on recordease specify your intention. บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญ บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญ ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บั If you do not specify your intention, the Company reserved to not specify your intention to not not not your intention to not your intenti	ang Thai Life Assurance P CULTY OF ARCHITEC อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ อ	Public Company Limi CTURE อาชีพ / ลักษณะงา Occupation / Job descr ลขโทรศัพท์เพียง 1 1 mobile phone no.) งสิทธิประโยชน์ต่าง vต้น Keep mobile phone r ไห้ Keep mobile phone r ดังกลาวสำหรับทุ mobile phone no. on r	ited with the follow	ving information for or of the second of th	years old years old (89 โงบริษัทช no. stated above.
ที่อยู่ปัจจุบัน	อ ดัแจ้งข้อมูลผ่านหมายเส o send information to only 1 พื่อใช้ในการติดต่อและแจ้ง ord to contact and notify priv บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	อาชีพ / ลักษณะงา Dccupation / Job descr ลขโทรศัพท์เพียง 1 1 mobile phone no.) งสิทธิประโยชน์ต่าง ivileges until you notifi งต้น Keep mobile phone r ได้งกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r	Age (pr น Student iption หมายเลขเท่านั้น ๆ จนกว่าท่านจะมีก y changes to the Com one no. on record for all no. on record for all ins กลัญญาประกันภิ record for all of your i	esent)	years old 89 ขึ้งบริษัทข no. stated above.
ที่อยู่ปัจจุบัน	อ ดัแจ้งข้อมูลผ่านหมายเส o send information to only 1 พื่อใช้ในการติดต่อและแจ้ง ord to contact and notify priv บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	อาชีพ / ลักษณะงา Dccupation / Job descr ลขโทรศัพท์เพียง 1 1 mobile phone no.) งสิทธิประโยชน์ต่าง ivileges until you notifi งต้น Keep mobile phone r ได้งกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r	Age (pr น Student iption หมายเลขเท่านั้น ๆ จนกว่าท่านจะมีก y changes to the Com one no. on record for all no. on record for all ins กลัญญาประกันภิ record for all of your i	esent)	years old 89 ขึ้งบริษัทข no. stated above
สถานที่ทำงาน	ธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเล o send information to only 1 งื่อใช้ในการติดต่อและแจ้ง ord to contact and notify priv บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน มันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	ลขโทรศัพท์เพียง 1 1 mobile phone no.) บสิทธิประโยชน์ต่าง vต้น Keep mobile pho J Keep mobile phone r ก็ดังกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r 	หมายเลขเท่านั้น ๆ จนกว่าท่านจะมีก y changes to the Com one no. on record for t no. on record for all ins กลัญญาประกันภิ record for all of your i)01234567 ารเปลี่ยนแปลงมายั npany. the insurance contract r surance contracts. เยของท่าน nsurance contracts. โทร	89 เงบริษัทฯ no. stated above
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทร์ Mobile phone no. (The Company reserves the right to บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่ โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on recon Please specify your intention. บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญ บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญ ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บัน If you do not specify your intention, the Company resume of hospital/clinic treated 7. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	ธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเล o send information to only 1 งื่อใช้ในการติดต่อและแจ้ง ord to contact and notify priv บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน มันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	ลขโทรศัพท์เพียง 1 1 mobile phone no.) บสิทธิประโยชน์ต่าง vต้น Keep mobile pho J Keep mobile phone r ก็ดังกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r 	หมายเลขเท่านั้น ๆ จนกว่าท่านจะมีก y changes to the Com one no. on record for t no. on record for all ins กลัญญาประกันภิ record for all of your i)01234567 ารเปลี่ยนแปลงมายั npany. the insurance contract r surance contracts. เยของท่าน nsurance contracts. โทร	89 เงบริษัทฯ no. stated above
บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่ โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on recore Please specify your intention. บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญบันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บัน If you do not specify your intention, the Company resonated the specify your intention, the Company resonated Name of hospital/clinic treated 7. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	งื่อใช้ในการติดต่อและแจ้ง ord to contact and notify priv บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	งสิทธิประโยชน์ต่าง ivileges until you notifi งต้น Keep mobile pho l Keep mobile phone r ก์ดังกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r 	ๆ จนกว่าท่านจะมีก y changes to the Com one no. on record for I no. on record for all ins กลัญญาประกันภิ record for all of your i	ารเปลี่ยนแปลงมายั npany. the insurance contract r surance contracts. เยของท่าน nsurance contracts. โทร	เงบริษัทซ no. stated above
โปรดระบุความประสงค์ของท่าน The Company will keep the mobile phone no. on recorplease specify your intention. บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญบันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บ์ If you do not specify your intention, the Company resonated the specify your intention of the Company resonated the property your intention of the Company resonated the property your intention. Name of hospital/clinic treated (a) In case of accident	ord to contact and notify priv บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	ivileges until you notify งต้น Keep mobile pho l Keep mobile phone r า์ดังกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r จังหวัด	y changes to the Com one no. on record for I no. on record for all ins กลัญญาประกันภิ record for all of your i	npany. the insurance contract r surance contracts. เยของท่าน nsurance contracts. โทร	no. stated above
Please specify your intention. บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญ บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญ ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บ้ If you do not specify your intention, the Company res 2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา	บูญาประกันภัยที่ระบุข้าง บูญาประกันภัยของท่าน บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	งต้น Keep mobile pho l Keep mobile phone r า์ดังกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r 	one no. on record for I no. on record for all ins กสัญญาประกันภิ record for all of your i	the insurance contract r surance contracts. เยของท่าน nsurance contracts. โทร	
บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญ ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บ้ If you do not specify your intention, the Company res 2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา Name of hospital/clinic treated 3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	บูญาประกันภัยของท่าน บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	l Keep mobile phone r า์ดังกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r 	no. on record for all ins กสัญญาประกันภิ record for all of your i	surance contracts. เยของท่าน nsurance contracts. โทร	
ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิิทธิ์บั lf you do not specify your intention, the Company res 2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา Name of hospital/clinic treated 3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	ขึ้นทึกหมายเลขโทรศัพท์ serves the right to keep the i	า์ดังกล่าวสำหรับทุ mobile phone no. on r จังหวัด	กสัญญาประกันภั record for all of your i	โยของท่าน nsurance contracts. โทร	
 ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา Name of hospital/clinic treated (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident 		จังหวัด		โทร	
Name of hospital/clinic treated 3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident					
3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident		Province		Tel	
3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident				100	
4) လို့ ကြီး ဂိုလူမှုက					
Date of Accident	มายาม มี	การแจ้งความ 🗌 Any police report	มี แจ้งความที่ Yes, please specify		🔲 ไม่ร์ No
2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น Cause of accident					
3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ว	วันที่				
Date admitted			Date discharged		
(ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness 1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วิ	v d		a v d		
า) เขาพกรกษาตวเนเรงพยาบาลตงแตว Date admitted	ານາ		ถงวนท Date discharged		
4. สิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น	⊏ ពី โป ∈ ດາເດັ່	ระกอกได้อาก			🏻 ไม่ร
4 สการเตรายที่ 10ติเอชิง กกบรายก่อน Are you eligible for compensation from other comp	anv? Yes. please sı (บราย			No No ⊾ы
5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย 🔲 โอนเข้าบัย Claim payment collection Transfer to	the bank account given to the	the Company only.			
🗌 รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประ	ะกันชีวิต จำกัด (มหาชน))			
Receive at the Head Office of Muang Thai Life A	Assurance Public Company Lii	imited			
🔲 รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Bran					
Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Bran	ามที่อยู่ดังนี้	สงกด	ด (Team/Departmen	.t)	
ขอรับผานเคาน์เตอร์เซอร์วิสที่ร้าน 7-Eleven Counter Service at 7-Eleven stores (Not exceed)	า (ไม่เกิน 10,000 บาท) โด	ายแจ้งข้อมูลรหัสรับเ่	งินผ่านทางโทรศัพท์		
	อยแถลงมอบอำนาจแล eclaration and Authori				
ืบ ดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือโรงพ			-		เองท้าพเล้า /ผ้∘
ย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดเ	•			,	. 0
เอ เบตเพอบระรงการงารรฐการ การอราอถะเยอตเ แจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต					

ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปภาพหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับ ต้นฉบับทุกประการ

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