

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพ

| | | |
|--|--------------------------|-------------------------------|
| ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย | อายุ | อาชีพ |
| Name..... | Age..... | Occupation..... |
| เลขที่บัตรประชาชน/อื่นๆระบุ | ประเภทผลิตภัณฑ์ | หมายเลขบัตร / หมายเลขกรมธรรม์ |
| ID Card/other, please specify..... | Product Name..... | No. card / Policy No..... |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ | | โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ |
| Current Address..... | | Telephone No..... |
| บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ) | | |
| Other insures (if any, please specify)..... | | |
| ลักษณะของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป | | |
| Brief details of how the accident occurred..... | | |
| | | |
| สถานที่เกิดเหตุ | วันที่เกิดเหตุ | เวลา |
| Place of accident..... | Date..... | Time..... |
| การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน <input type="checkbox"/> เคยรักษามาก่อนที่..... เมื่อวันที่..... | | |
| As a result of this illness or accident <input type="checkbox"/> I have not been treated <input type="checkbox"/> have not been treated. Date..... | | |
| กรุณาจ่ายสินไหมโดย <input type="checkbox"/> เช็ค หรือ <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ต้องใช้สำเนาหน้าบัญชี ผู้เอาประกันภัยเท่านั้น) | | |
| Please pay compensation by <input type="checkbox"/> cheque Or <input type="checkbox"/> transfer to Bank Account | | |
| ชื่อบัญชีธนาคาร | เลขที่บัญชีธนาคาร | สาขา |
| Account Name of Bank..... | Account No. of Bank..... | Branch..... |

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วนตามรายการด้านล่างนี้

| | |
|---|---|
| <p>กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน Doctor's certificate</p> <p><input type="checkbox"/> ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ Copy of X-Ray result</p> <p><input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิความคุ้มครอง Photograph of Claimant</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา Copy Medical Record</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card</p> | <p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกในกรณีที่มีการผ่าศพพิสูจน์ Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนารับรองการเสียชีวิต รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบันทกึ่งประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาโดยขอพรเจ้าของคดี Copy of Police report (Certified by officer on duty)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card</p> |
| <p>หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีถ้าเอกสารนั้นจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน</p> <p>Remark Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment</p> <p>บริษัทจะติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์หรือที่อยู่ตามที่ท่านได้ให้ไว้ข้างต้น</p> <p>Officer will contact you as the detail you provided above</p> | |

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงตามสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้

I acknowledge the terms of the contract and certify that the above statements are true and correct. However, for insurance coverage consideration, I consent to the company,

บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่จำเป็นในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว เพื่อพิจารณาความคุ้มครองตามเงื่อนไขของการประกันภัย

Muang Thai Insurance Public Company Limited, to verify the patient history or any documents related the illness of accident

ลงชื่อ (Sign)..... ผู้เอาประกันภัย / ผู้แจ้ง (Insured)

(.....)

วันที่ (Date)