

เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์: 0 2665 4000, 0 2290 3333, โทรสาร: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033

Muang Thai Insurance Public Company Limited

252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310

Telephone: 0 2665 4000, 0 2290 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033

www.muangthaimassage.com

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ เลขที่บ้านร่อง _____
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

2. วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ น. สถานที่ _____
รายละเอียดเหตุการณ์ _____

ผู้ให้เห็นเหตุการณ์ _____ โทรศัพท์ _____

3. ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้งนี้ ท่าน ได้รับ ไม่ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงานใด ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด
เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

4. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน _____ บาท ดังกรณีต่อไปนี้

- กรณีเสียชีวิต การสูญเสียข้อบัญชา สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- กรณีค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ
- กรณีการบาดเจ็บจากการเดินทาง
- กรณีการร้าส์โดยสลัดอากาศ
- กรณีการล้าช้าของอาการเดินทาง
- กรณีความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก
- กรณีการสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางและทรัพย์สินส่วนตัว

รายการสูญหาย / เสียหาย (ยี่ห้อ/รุ่น)	วันที่ซื้อ	ราคา
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้มอบหลักฐานประกอบการเรียกร้องสินไหมใหม่แต่ละกรณีตามที่ระบุในกรมธรรม์ จำนวน _____ ฉบับ
โดยขอให้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมใหม่ในนาม _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่น ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ในสิ่งยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง สำเนา รูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ บริษัทมีสิทธิปฏิเสธสินไหมได้หากหรือเรียกคืนสินไหมได้คืนจากข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ _____ ผู้แจ้ง/ผู้เอาประกันภัย
วันที่ _____