

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 Adress..... Telephone No.....

บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ)
Other insurers (if any, please specify).....

ลักษณะของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป

Brief details of how the accident occurred.....

สถานที่เกิดเหตุ วันที่เกิดเหตุ เวลา
Place of accident..... Date..... Time.....

การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษามาก่อนที่ เมื่อวันที่

As a result of this illness or accident I have not been treated have not been treated. Date.....

กรุณาจ่ายสินไหมโดย เช็ค หรือ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ต้องใช้สำเนาหน้าบัญชี ผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)

Please pay compensation by cheque Or 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"/> สำเนาบันทกประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี 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>กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง Original of Doctor's certificate</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง Original receipt</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified True copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card</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>

หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีที่เอกสารนั้นจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน

Remark Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment

บริษัทจะติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์หรือที่อยู่ตามที่ท่านได้ให้ไว้ข้างต้น

Officer will contact you as the detail you provided above

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) ตรวจสอบเพิ่มประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่จำเป็นในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว 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)