

แบบเรียกร้องค่าสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident Claim Form)

คำแนะนำ: โปรดกรอกข้อมูลให้ละเอียดครบถ้วนพร้อมลงลายมือชื่อ และส่งเอกสารต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

ผู้เอาประกันภัยชื่อ : กรมธรรม์เลขที่ :

ผู้เรียกร้อง ชื่อ-นามสกุล : อายุ : ปี สัญชาติ :

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย : ผู้เอาประกันภัย ทายาทตามกฎหมาย ผู้รับผลประโยชน์ อื่นๆ(ระบุ).....

อาชีพ : เลขประจำตัวประชาชน : (กรณีคนต่างด้าว ให้แสดงเลขหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัว)

ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :

รายละเอียดการเรียกร้อง

เรียกร้องกรณี : เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวร ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยรายได้ อื่นๆ.....

วันที่เกิดเหตุ : เวลา..... น. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับรักษา :

สถานะการเข้ารับรักษา : ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก วันที่เข้ารับรักษา : วันที่ออก :

รวม : วัน จำนวนใบเสร็จ..... ใบ จำนวนเงินเรียกร้องรวม..... บาท

สถานที่เกิดเหตุ :

สาเหตุการเกิดเหตุ :

ลักษณะการบาดเจ็บของร่างกาย :

กรณีผู้เอาประกันภัยเกิดเหตุจากยานพาหนะ : ผู้เอาประกันภัย เป็นผู้ขับขี่ เป็นผู้โดยสาร อื่นๆ.....

ชนิดยานพาหนะ : รถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนบุคคล อื่นๆ..... ยี่ห้อ : เลขทะเบียนรถ :

บริษัทประกันภัยชื่อ : เลขที่กรมธรรม์ :

มีแจ้งความต่อเจ้าพนักงานตำรวจหรือไม่ : ไม่มี มี สถานีตำรวจ..... จังหวัด.....

รายละเอียดเรียกร้องค่าเสียหายที่อื่น : ไม่มี ประกันสังคม พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถที่บริษัท.....

บริษัทประกันภัยอื่น บริษัท : เลขที่กรมธรรม์ : จำนวนเงิน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและรายละเอียดข้างต้น เป็นความจริงถูกต้องทุกประการ และกรณีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบันหรือบุคคลใด ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ตลอดจนการรักษาทั้งหมดแก่บริษัท ธนชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าฉันมีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เท่าฉันฉบับ

ทั้งนี้บริษัทฯสามารถแจ้งผลการพิจารณาไปยังข้าพเจ้าโดยการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือข้างต้นและสามารถนำข้อมูลทั้งหมดหรือบางส่วนข้างต้นเปิดเผยกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาค่าสินไหมและความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ได้

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้มีสิทธิเรียกร้อง/ผู้รับประโยชน์

(.....) วันที่...../...../.....