

ข้อมูลกรมธรรม์ Policy Data

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Policy Number

วันที่รับแจ้ง

เวลา

น.

เพื่อความรวดเร็ว โปรดแนบรายงานแพทย์และใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลด้วยจึงมาพร้อม ใบเรียกร้องนี้

To ensure efficient service, please attach the Physician's Report and the original Medical treatment Receipt with this form.

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured's Data

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured's Name

เพศ Sex

อายุ Age

เบอร์โทรศัพท์ Tel.

ที่อยู่ปัจจุบัน Address

อาชีพ Occupation

ตำแหน่งงาน Position

ชื่อของนายจ้าง Employer's Name

เบอร์โทรศัพท์ Tel.

ที่อยู่ของนายจ้าง Employer's Address

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ / การบาดเจ็บ Accident / Injury's Data

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident

เวลาที่เกิดเหตุ Time of Accident

สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด) Describe Accident in Detail

ขณะเกิดอุบัติเหตุ ท่านกำลังเดินทางอยู่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่กำลังเดินทางจาก

Were you traveling upon the Accident?

Yes

No

If so, from

ถึง

To

ชื่อและเลขหมายของยานพาหนะ (รถยนต์/รถจักรยานยนต์/รถไฟ/รถประจำทาง/สายการบิน ฯลฯ)

Exact Conveyance (Vehicle/Motorcycle/Train/Bus/Airline, etc.)

With- Plate No./Route No. and/or Flight No.

โปรดแจ้งชื่อและที่อยู่ของพยานผู้รู้เห็น

Name and Address of the Witness

รายละเอียดของความบาดเจ็บที่ได้รับ (ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บลักษณะของอาการบาดเจ็บ)

Describe Injury in detail (Part(s) of injury and Nature of Injury)

มีการแจ้งความหรือไม่

Did you inform the Police?

มี

ไม่มี

If so, where?

ท่านกำลังเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยหรือค่าทดแทนอื่นใดเนื่องจากความบาดเจ็บ / เสียชีวิตครั้งนี้ด้วยหรือไม่?

Are you making any other Insurance or Compensation Claims as result of this Injury/Death?

กำลังเรียกร้อง

Yes

ไม่เรียกร้อง

No

ชื่อบริษัท / หน่วยงาน (หากกำลังเรียกร้อง)

Name of Company/Bureau (If, Yes)

หนังสือให้ความยินยอม Authorization

ข้าพเจ้าขอยินยอมและขอมอบอำนาจให้นายแพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ
ถึงการเจ็บป่วย การได้รับความเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาใบสั่งยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า
ได้อันหนึ่ง สำเนาของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีความถูกต้องได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any physician, clinic, hospital of other person who has attended or examined me to furnish to the company or its authorized
representatives and all information with respect to any illness, injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all
clinic or hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the originals.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า อ้อยแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ They certify that the above statements are true and correct.

ผู้เอาประกัน / ผู้เรียกร้อง

วันที่

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

Insured/Claimant (

)

Date

Relationship with Insured