

# เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ

ติดต่อสอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า Customer Service Center 1484

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย Name-Surname	อายุ Age	ปี อาชีพ Years Occupation
เลขที่บัตรประชาชน/พาสปอร์ต ID Card No./Passport No.	หมายเลขบัตร/หมายเลขกรมธรรม์ Card No./Policy No.	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Current Address		
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Tel. No.	<input type="checkbox"/> รับ SMS ได้ Apply SMS	<input type="checkbox"/> รับ LINE ได้ Apply LINE
อีเมล e-Mail		

เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดระบุข้อมูลการติดต่อให้ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน • For your Benefit, please fill the Correct, Clear & Complete Contact Information

บริษัทประกันภัย หรือประกันชีวิตอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุชื่อให้ครบถ้วน และทุนประกันภัย)  
Other Insurers (if any, please specify all with Sum Insured)

อาการเจ็บป่วย/โรค หรือรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป (เหตุการณ์ก่อนเกิดความบาดเจ็บ ระหว่าง และหลังได้รับบาดเจ็บ)  
Symptom of Sickness/Disease or Brief details of how the accident occurred (Event before, during and after occurring the injury)

สถานที่เกิดการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ Place of Sickness/Accident	วันที่ Date	เวลา Time
ผลประโยชน์ที่ต้องการเรียกร้อง Compensation Item	จำนวนเงิน Amount	บาท THB

การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่? • This Sickness/Bodily Injury has ever been treated or not?

ไม่เคย  
No

เคย รักษาที่ 1. วันที่ 2. วันที่  
Yes, be treated at 1. Date 2. Date

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เรียกร้องประสงค์รับค่าทดแทนโดย • The Insured or the Claimant requests the Compensation payment by

โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต) • Transfer Into Bank Account of Insured or Beneficiary if death claim

เช็คระบุชื่อ สถานที่จัดส่ง • A/C Payee Cheque (Delivery Address)

## เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

<b>ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ • Permanent Disability/Dismemberment</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ • Doctor's Certificate</li><li><input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ • Medical History &amp; X-Ray Result</li><li><input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย • Photo of Claimant and injured organ</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต • Certified true copy of ID Card/Passport</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงความพิการ • Document of Disabled Status</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาทันบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย • Certified true copy of Bank Book</li></ul>	<b>กรณีเสียชีวิต • Loss of Life</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกเอกสาร • Certified true copy by related organization</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ และผ่าศพ • Copy Autopsy Report &amp; Dissection, if any</li><li><input type="checkbox"/> สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล • Copy of Death Certificate</li><li><input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ • Medical History &amp; X-Ray result</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร • Copy of Death Certificate</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ประทับ "ตาย" และของผู้รับประโยชน์ • Copy of Census Registration of the deceased with "Death" Record &amp; the Beneficiary's</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ตของผู้เสียชีวิต และของผู้รับประโยชน์ • Copy of ID Card/Passport of the Deceased &amp; the Beneficiary's</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต และของผู้รับประโยชน์ • Copy of Name-Surname Change Certificate of Insured and Beneficiary</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาทันบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ • Certified true Copy of Bank Book</li></ul>
<b>คำรักษาพยาบาล • Medical Exps. (กรณีเบิกเงินสดชดเชยรายได้: ใช้เอกสารสำเนา)</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง • Original Doctor's Certificate</li><li><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย • Original receipt with details</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษาการณีสู้ป่วยใน • Copy Medical History Record for IPD</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต • Certified true copy of ID Card/Passport</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card</li><li><input type="checkbox"/> สำเนาทันบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย • Certified true copy of Bank Book</li></ul>	หมายเหตุ บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนตามความจำเป็น Remark: Additional Documents may be requested if it is necessary

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแต่งทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือบิดบังความจริงใดๆ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมและยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที

I would certify that the foregoing statements are true in all respects. I accept and agree that if I have made any false or fraudulent statement or any suppression, distortion, concealment or untrue averment whatever, my right on this compensation is accepted and agreed to be absolutely and immediately lapsed.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลให้แก่บริษัทประกันภัยนี้ หรือผู้แทนทราบได้ทุกประการเพื่อประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้อง ข้างต้น อนึ่ง สำเนาเอกสารเพื่อการมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

In addition, I, hereby authorize any concerned physician who has medically examined me to disclose this insurer all information of medical history and related evidence. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original one for the purpose of investigation and adjudication my claim. My signature below is to certify all of this statement.

วันขึ้นบันทึก • Record Date

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทน หรือผู้รับประโยชน์ •  
Insured, Representative, Beneficiary