

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident Claim Form)

คำแนะนำ: โปรดกรอกข้อมูลสำคัญให้ครบถ้วนพร้อมลงลายมือชื่อ และส่งเอกสารตามกรณีเรียกร้องค่าสินไหม เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

ผู้เอาประกันภัยชื่อ : กรมธรรม์เลขที่ :
ผู้เรียกร้อง ชื่อ-นามสกุล : วัน/เดือน/ปี เกิด :/...../พ.ศ..... สัญชาติ..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย : <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ทายาทตามกฎหมาย <input type="checkbox"/> ผู้รับผลประโยชน์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... อาชีพ :เลขประจำตัวประชาชน :(กรณีคนต่างด้าว ให้แสดงเลขหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัว) ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่ติดต่อได้ : เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ถนน..... ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : <input type="checkbox"/> ที่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่เดียวกับบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> อื่นๆ : เลขที่..... หมู่บ้าน/หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... มือถือ..... E-mail :
รายละเอียดการเรียกร้อง กรณี : <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวร <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ค่าชดเชยรายได้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... วันที่เกิดเหตุ : เวลา..... น. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับรักษา : สถานะการเข้ารับรักษา : <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก วันที่เข้ารับรักษา..... วันที่ออก : รวม : วัน จำนวนใบเสร็จ..... ฉบับ จำนวนเงินเรียกร้องรวม..... บาท (.....) สถานที่เกิดเหตุ : สาเหตุเกิดจาก : ลักษณะการบาดเจ็บของร่างกาย..... *กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิ์รับค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์มาพร้อมเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหม
กรณีผู้เอาประกันภัยเกิดเหตุจากยานพาหนะ : <input type="checkbox"/> เป็นผู้ขับขี่ <input type="checkbox"/> เป็นผู้โดยสาร <input type="checkbox"/> อื่นๆ ชนิดยานพาหนะ : <input type="checkbox"/> รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ยี่ห้อ : เลขทะเบียนรถ : บริษัทประกันภัยรถชื่อ : เลขที่กรมธรรม์ :
มีแจ้งความต่อเจ้าพนักงานตำรวจหรือไม่ : <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อสถานีตำรวจ..... จังหวัด.....
รายละเอียดเรียกร้องค่าเสียหายที่อื่น : <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถที่บริษัท..... <input type="checkbox"/> บริษัทประกันภัยอื่น บริษัท : เลขที่กรมธรรม์ : จำนวนเงิน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและรายละเอียดข้างต้น เป็นความจริงถูกต้องทุกประการ และกรณีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบันหรือบุคคลใด ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ตลอดจนการรักษาทั้งหมดแก่บริษัท ธนาชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือ ให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ทั้งนี้บริษัทฯ สามารถแจ้งผลการพิจารณามายังข้าพเจ้าโดยการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือหรือที่อยู่อีเมลข้างต้นและสามารถนำข้อมูลทั้งหมด หรือบางส่วนข้างต้นเปิดเผยกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาค่าสินไหมและความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ได้

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้มีสิทธิ์เรียกร้อง/ผู้รับประโยชน์
(.....) วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ประกันภัยอุบัติเหตุ และการติดต่อบริษัท

คำแนะนำ เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาตามเงื่อนไขกรมธรรม์โปรดส่งเอกสารให้ครบตามกำหนดต่อไปนี้

เอกสารสำคัญประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม (โปรดลงชื่อรับรองเอกสารสำเนาทุกฉบับ) ดังนี้

- แบบแสดงรายละเอียดผู้เอาประกันภัย
- แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident Claim Form)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย และหรือผู้มีสิทธิเรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (กรณีกระทำการแทน)
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย และผู้เรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทันทีประจำวันตำรวจ (ถ้ามี หรือกรณีมีเหตุต้องบันทึกตามกฎหมาย)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับการโอนเงินค่าสินไหม)
- *เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามสมควรและตามแต่กรณี

*เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม (ตามกรณี) ดังนี้

กรณีการรักษาพยาบาล/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	กรณีเสียชีวิต
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินแสดงรายการค่ารักษาฯ ต้นฉบับ (ตัวจริง)	<input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร
<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ และหรือเอกสารทางการแพทย์ฯ	<input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (ด้านหน้า-หลัง)
<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ตามแบบบริษัทฯ (กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง)	<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการตาย
<input type="checkbox"/> เอกสารรับรองความพิการ (ถ้ามี สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ)	<input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย (มีตราประทับ "ตาย")
<input type="checkbox"/> รูปถ่าย แสดงการสูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ	<input type="checkbox"/> เอกสารทางการแพทย์ (หากมีการรักษาก่อนเสียชีวิต)

กรณีค่าชดเชยรายได้ สำเนาใบเสร็จรับเงินแสดงรายการค่ารักษาฯ และหลักฐานทางการแพทย์แสดงการรักษาฯ เป็นผู้ป่วยใน

กรณีกรมธรรม์ระบุผู้รับประโยชน์ หรือทายาทตามกฎหมาย

- สำเนาบัตรประชาชน หรือสูติบัตร (กรณีผู้เยาว์) ผู้รับประโยชน์ หรือทายาทตามกฎหมาย ทุกท่าน
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์ หรือทายาทตามกฎหมาย ทุกท่าน
- ทะเบียนสมรส ระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประโยชน์ และทะเบียนสมรสระหว่างบิดากับมารดาของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)
- บันทึกประจำวันตำรวจระบุชื่อทายาทตามกฎหมายทุกท่านของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)

หมายเหตุ บริษัทฯ จะพิจารณาการเรียกร้องความเสียหายภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ และชดเชยค่าสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน หรือตามกำหนดที่ได้ตกลงกัน ภายหลังจากได้รับเอกสารหลักฐานประกอบการจ่ายและข้อเท็จจริงครบถ้วนแล้ว

การติดต่อ/การส่งเอกสาร :

ท่านสามารถติดต่อบริษัทฯ เพื่อส่งเอกสารและสอบถามการเรียกร้องค่าสินไหมได้ที่

กลุ่มพิจารณาสินไหมทั่วไป บริษัท ธนาชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 999/1 เดอะไนน์ทาวเวอร์

ถนนพระราม 9 แขวงพัฒนาการ เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร. 02-3089300 Fax. 02-3089287

E-Mail : nonmotorclaim@thanachart.co.th หรือส่งเอกสารได้ที่ สาขาบริษัทธนาชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา

สำหรับเจ้าหน้าที่ บริษัท ธนาชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ติดต่อ.....สาขา.....วันที่ส่ง.....

ส่วนงาน.....ฝ่ายงาน.....โทร.....

ตรวจเอกสาร ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน ขาดหลักฐาน.....

หมายเหตุ.....