



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล

Personal Accident Claim Form

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเพื่อการเรียกร้อง

[โปรดกรอกข้อมูลตามความเป็นจริงให้ครบถ้วน และโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวกหรือรับข้อความได้]

ชื่อบริษัท..... ชื่อผู้ติดต่อ..... โทรศัพท์.....
 กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อผู้ตกลงเอาประกันภัย..... โทรศัพท์.....
 ชื่อผู้ได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย..... อายุ..... ปี ตำแหน่งงาน..... ลำดับที่ในกรมธรรม์.....
 1. อุบัติเหตุเกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น. สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....
 2. รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (กำลังทำอะไร กับใคร เหตุการณ์เกิดอย่างไร สาเหตุของอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บได้อย่างไร)

3. เรียกหรือค่าทดแทนตามแผนการประกันภัยที่ได้รับการคุ้มครอง ดังนี้

- ☐ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอื่นๆ ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ☐ ค่าปลงศพ (บาท).....
☐ การเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ ☐ การเสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้าย
☐ สูญเสียสาขาค่า ☐ สูญเสียวัยวุฒิ (ระบุ)..... ☐ ค่ารักษาพยาบาล (บาท).....
☐ ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ (ระบุอุปกรณ์)..... จำนวนรวม (บาท).....
☐ ค่าบริการรถพยาบาล (ระบุจากที่ใดไปยังที่ใด)..... จำนวนรวม (บาท).....
☐ ค่าชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)..... วัน ห้องปกติ (บาท)..... ห้อง ICU/CCU (บาท).....
☐ เงินช่วยเหลือสำหรับครอบครัวกรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต / ทุพพลภาพ จำนวน..... เดือน จำนวนรวม (บาท).....
☐ ค่าโดยสารเพื่อเดินทางไปรักษาตัวเนื่องจากแพทย์นัดหมาย จำนวน..... ครั้ง จำนวนรวม (บาท).....

4. กรณีเจ็บป่วยเป็นโรค..... เคยหรือมีอาการผิดปกติเช่นนี้ภายในระยะเวลา 5 ปี ก่อนการเอาประกันภัยหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย แต่รักษาหายแล้ว ☐ เคย และอยู่ในระหว่างรักษาตัว ☐ เคย และยังไม่ได้รับการรักษามาก่อนเลย

5. การจ่ายค่าทดแทน

- ☐ ค่ารักษาพยาบาล ตั้งจ่ายชื่อ..... จำนวนเงิน..... ☐ มีการรักษาต่อเนื่อง
☐ สูญเสียวัยวุฒิ/ทุพพลภาพ ตั้งจ่ายชื่อผู้บาดเจ็บหรือคนที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ชื่อ.....
☐ กรณีเสียชีวิต ตั้งจ่ายชื่อผู้รับประโยชน์ตามที่จะระบุไว้ในกรมธรรม์หรือหาทายาทตามกฎหมาย ชื่อ.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแจ้งเท็จ แสร้งทำขึ้น ปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือน หรือปิดบัง ความจริงใดๆ สิทธิที่จะได้ค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้บาดเจ็บ หรือ ผู้รับประโยชน์หรือญาติของผู้เสียชีวิต) (ผู้จัดหรือผู้ตกลงให้มีการประกันภัย ลงชื่อรับรองการเรียกร้องฯ)

ลงชื่อ..... วันที่.....
 (.....)

ลงชื่อ..... วันที่.....
 (.....)

ส่วนที่ 2 : การยินยอมเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับบาดเจ็บ หรือผู้รับประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องเรียกร้องค่าชดเชย และโปรดสำเนาเอกสารทางการแพทย์ รายงานการรักษาของข้าพเจ้า หรือผู้เสียชีวิต ในแก่ บริษัท คู่กับโดยความยินยอม (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการจ่ายค่าชดเชย หรือผลประโยชน์ของข้าพเจ้าตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ในถือว่าผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... วันที่.....
 (.....) ตัวบรรจง

(ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ผู้ให้ความยินยอม)

ลงชื่อ..... วันที่.....
 (.....) ตัวบรรจง

(ตัวแทนหรือผู้รับมอบอำนาจ กรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้)

Tokio Marine Safety Insurance (Thailand) PCL.

Orakarn Building, 1st, 2nd, 4th and 6th floors, No. 26/5-8, 26/10-11, 26/16-19,
 Chidlom Road, Khwaeng Lumpini, Khet Pathumwan, Bangkok 10330

Tel. 0-2257-8000 Fax. 0-2253-3701, 0-2253-4222

Claims Services Tel. 0-2257-8080 Fax. 0-2655-0143

(๒๕๖๖-๐๕)

หมายเหตุ: คู่กันโดยเกี่ยวพันประกันภัย (ประเทศไทย)

อาคารเลขที่ ๑ ถึง ๑, ๒, ๔ และ ๖ ชั้น ๒๖/๕-๘, ๒๖/๑๐-๑๑, ๒๖/๑๖-๑๙

ถนนชิดลม แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐