

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ACCIDENT / ILLNESS CLAIM FORM

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses | <input type="checkbox"/> เสียชีวิต Accidental Death |
| <input type="checkbox"/> ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total Permanent Disability | <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ Dismemberment |
| <input type="checkbox"/> ชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล Compensate for hospital income | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ Other |

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured Information

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Insured Name

เพศ Sex ชาย Male หญิง Female อายุ Age ปี Yrs วันเดือนปีเกิด Date of Birth/...../.....

หมายเลขบัตรประชาชน / หมายเลขหนังสือเดินทาง ID / Passport Number

กรมธรรม์เลขที่ Policy No ผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder

โทรศัพท์ Telephone Email Line ID

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address

.....

2. กรณีบาดเจ็บ / เจ็บป่วย For Accident / Illness

2.1 กรณีอุบัติเหตุ For Accident

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Accident Date/...../..... เวลา Time

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of accident

รายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ Cause of accident, please description.....

.....

อาการบาดเจ็บ อวัยวะที่บาดเจ็บ Injured organs.....

.....

มีการแจ้งความหรือไม่ Alert the police ไม่มี No มี Yes สถานีตำรวจ Police Station.....

..... วันที่ Date/...../.....

2.2 กรณีเจ็บป่วย For Illness

อาการเจ็บป่วย Symptoms.....

วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย First date of symptoms/...../.....

โรคประจำตัว Underlying Disease.....

เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่? When did you know?.....

รักษาที่ใด Where treatment?.....

2.3 การรักษาพยาบาล Treatment information

ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name.....

ผู้ป่วยนอก (OPD) วันที่รักษา Visit Date/...../.....

ผู้ป่วยใน (IPD) วันที่รับการรักษา Admission Date/...../..... วันที่ออก Discharge Date/...../.....

อุบัติเหตุ / เจ็บป่วย ครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ Has this accident or illness ever been preserved?

ไม่เคย No เคย Yes รักษาที่ Where of treatment.....

เมื่อวันที่ Date of treatment/...../..... (โปรดแนบการรักษา Please, attached documents)

2.4 กรณีมีประกันอื่น ๆ ที่ครอบคลุมเหตุการณ์นี้กรณารับ Do you have other insurance covering this incident?

ไม่มี No มี (กรณารับ) Yes (Please specify) ชื่อบริษัท Company name

เลขที่กรมธรรม์ Policy number

3. ข้อมูลบัญชีธนาคารรับโอนค่าสินไหมทดแทน Bank account information for receiving compensation

ประเภทบัญชี Bank Account Type ธนาคาร Bank Name

สาขา Branch

ชื่อบัญชี Account Name เลขที่บัญชี Account No

การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระผิดชอบของข้าพเจ้า Any charges incurred when transferring money to a bank account will be my responsibility.

พร้อมกันนี้ให้สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ / กระแสรายวัน / เพื่อเรียก ของผู้เอาประกันภัย
Copy of Passbook in Thailand

4. ข้าพเจ้าประสงค์ขอใบเสร็จและใบรับรองแพทย์คืนเพื่อเบิกกับสวัสดิการอื่นๆ ที่อยู่จัดส่งเอกสาร

A request for the return of the receipt and a medical certificate for other benefits

ไม่ No

ใช่ Yes

ที่อยู่ Address

.....

• ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริงและตกลงยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมถึงประวัติทางการแพทย์ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) สมาคมประกันวินาศภัยไทย สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยและ/หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตกลงยินยอมให้หน่วยงานต่างๆ ดังกล่าว เปิดเผยข้อมูลนั้นมายังบริษัทเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ยกเลิกเพิกถอนการให้ความยินยอมดังกล่าว และจะไม่ใช้สิทธิใดๆ ฟ้องร้อง หรือเรียกร้องเอาจากบริษัท ทั้งทางแพ่งและทางอาญา อันเนื่องมาจากการที่บริษัทได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น • I hereby certify that all statements herein are true and correct. I consent to the Company disclosing my information, including my medical history, to the Office of Insurance Commission (OIC), Thai General Insurance Association (TGIA), medical institutions, insurance companies, and/or any relevant authorities. I further authorize such parties to disclose such information to the Company for the purpose of claim consideration or any services related to the insurance policy. I agree not to revoke such consent and waive any right to bring any civil or criminal claim against the Company in connection therewith. • ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทแจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE, SMS) หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย • I hereby, agree and accept Indara Insurance to inform claim consideration by electronics (E-MAIL, LINE, SMS) or other avenue provided by law.

ลงชื่อ Sign

ผู้เอาประกันภัย Insured name

(.....)

วันที่ Date/...../.....

ลงชื่อ Sign

ผู้กระทำการแทน Authorized representative

(.....)

วันที่ Date/...../.....

โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship

.....

สแกนเพื่อดูเอกสารประกอบการเบิกสินไหม
(ประกันอุบัติเหตุ และสุขภาพ)



ช่องทางยื่นเอกสารสินไหม

