



บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน)
71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02-6950800 แฟกซ์. 02-6950808
THAIWAT INSURANCE PCL.
71 Din Daeng Road, Samsen Nai, Phaya Thai, Bangkok 10400

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม ประกันภัยอุบัติเหตุ

Travel Accidental Claim Form

ส่วนที่ 1: รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย - Section 1: Policy/Claimant Details

กรมธรรม์เลขที่/ Policy Number. / -

วันคุ้มครอง/ Period of Insurance / / ถึง/To / /

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย/Policyholder นาย(Mr.) นาง(Mrs.) นางสาว (Miss).....

อาชีพ/Occupation บัตรประชาชน/ ID Card บัตรข้าราชการ/Government Officer Card

อื่น ๆ ระบุ/Other, namely..... เลขที่/ID Card No.

วันเดือนปี เกิด / Date of birth / /

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก /Contact Details: ที่ทำงาน /Office Tel..... ที่บ้าน/ Home Tel.....

มือถือ/ Mobile Phone..... โทรสาร/ Fax..... อีเมล/ E-mail.....

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน - Section 2: Claim Details

วันเดือนปี ที่เกิดเหตุ / / เวลาประมาณ : น. สถานที่เกิดเหตุ

Date of Incident/Onset of Illness

Time of Incident

Place of Incident

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหรือวันที่พบหมอครั้งแรก/ Date of admission/first doctor's visit / /

กรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลขอทราบวันที่ออกจากโรงพยาบาล/ In case of admission, date of discharge / /

บรรยายลักษณะของการเกิดเหตุโดยสังเขปได้ดังนี้ / Brief details on how the accident occurred

.....
.....

มีคู่กรณีหรือไม่ /Was there another party involved?.....

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นครั้งนี้มีการแจ้งความหรือไม่ Was the accident reported to the police?

ไม่มี (No) มี (Yes) ชื่อสถานีตำรวจ /Station/Police officer Name.....

(กรุณาแนบบันทึกประจำวัน) (Please submit the police report)

มีรายละเอียดบาดแผลที่ได้รับบาดเจ็บ พร้อมระบุว่า เลือด ถลอก แผล หัก ขาด / Details of the injury/injuries (Please specify condition, like Sprain, Abrasion, Fracture, etc.).....

.....
.....

กรุณาระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ตามรายละเอียดข้างล่างนี้ /Total medical expenses as per below details

1. สถานพยาบาลชื่อ/ Hospital/Clinic วินิจฉัยว่าเป็น/ Diagnosis จำนวนเงิน Amount.....

2. สถานพยาบาลชื่อ/ Hospital/Clinic วินิจฉัยว่าเป็น/ Diagnosis จำนวนเงิน Amount.....

ถ้ามีใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 2 ฉบับ โปรดแยกรายละเอียดค่าใช้จ่าย/If more than 2 bills, please list summary on separate sheet.

.....
.....
.....

ส่วนที่ 3: ความประสงค์ของผู้เอาประกันภัย - Section 4: Reimbursement Details

ท่านมีความประสงค์ที่จะสอบถามขอบเขตความคุ้มครองของการเรียกร้องสินไหมครั้งนี้กับบริษัทประกันบริษัทอื่น หรือไม่

Did you, or do you plan to seek coverage for this claim at another insurance company?

ไม่/No ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify.....

ข้าพเจ้าประสงค์เรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้จำนวน

I would like to receive from Thaivivat Insurance Pcl the total amount of.....บาท โดย/ Baht, payment by

ขอติดต่อบริษัทสินไหมด้วยตนเองที่ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ที่ / Making the amount available by check at Thaivivat Insurance Pcl.

สำนักงานใหญ่/Head Office สาขา/ Branch.....

ขอให้ส่งผ่านช่องทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ ดังนี้ / Posting a check by registered mail to

ขอให้ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้า ชื่อ /Deliver payment via agent / broker.....

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ข้าพเจ้าในฐานะผู้เรียกร้องค่าเสียหายตามสัญญาประกันภัยขอให้ความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ณ ที่นี้ ต่อ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) และผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) รวมทั้ง แพทย์ สถานพยาบาล หรือบุคคลใด-ใดที่เกี่ยวข้องในการตรวจรักษา หรือพยาบาลในเรื่องใด-ใดก็ตาม ในอันที่จะให้, รับ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการรักษา ใบสั่งจ่ายยา วิธีให้การรักษาหรือบันทึกใด ๆ ทางกายภาพของ แพทย์ โรงพยาบาล หรือ บุคคลใดที่ให้การตรวจรักษาหรือพยาบาลในเรื่องใด ๆ ก็ตาม ที่มีผลต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพทางจิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมว่า การถ่ายเอกสารหรือโทรสารเอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตามกฎหมาย เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับ
For proper evaluation of my claim, I herewith give permission to release all information and documents related to my past record of treatment by the doctors / hospitals to Thaivivat Insurance Public Co., Ltd. And Thaivivat's assigned representatives. A photocopy of this statement shall be valid as the original.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลที่เป็นจริง และถูกต้องทุกประการ

I herewith confirm that, to my best knowledge, the information given above is true, accurate and complete.

ลงนาม ผู้เอาประกันภัย

Signature Insured

(.....)

..... / /

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้ / I attach supporting documentation as per details below:

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม / Claim form
- ใบเสร็จรับเงิน / Original receipt
- ใบรับรองแพทย์ / Original Medical certificate
- สำเนาบัตรประชาชน / Copy of the identification card
- สำเนาหนังสือเดินทาง / Copy of the Passport
- สำเนากรมธรรม์ / copy of the policy