

**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:.....			
*กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิรับค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์มาพร้อมเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหม			
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 ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ตลอดจนการรักษาทั้งหมดแก่บริษัท รณชาติประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ทั้งนี้บริษัทฯสามารถแจ้งผลการพิจารณาไปยังข้าพเจ้าโดยการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือหรือที่อยู่อีเมลข้างต้นและสามารถนำข้อมูลทั้งหมดหรือบางส่วนข้างต้นเปิดเผยกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาค่าสินไหมและความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ได้

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

### เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ประกันภัยอุบัติเหตุ และการติดต่อบริษัท

คำแนะนำ เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาตามเงื่อนไขกรมธรรม์โปรดส่งเอกสารให้ครบตามกำหนดต่อไปนี้

**เอกสารสำคัญประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม (โปรดลงชื่อรับรองเอกสารสำเนาทุกฉบับ) ดังนี้**

- แบบแสดงรายละเอียดผู้เอาประกันภัยฯ
- แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident Claim Form)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย และหรือผู้มีสิทธิเรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (กรณีกระทำการแทน)
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย และผู้เรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย และผู้เรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับการโอนเงินค่าสินไหม)

โปรดระบุบัญชี Promptpay(ถ้ามี) ธนาคาร..... โทรศัพท์มือถือ/เลขประชาชนหมายเลข.....

- \*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 (กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิง)	<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 และหลักฐานทางการแพทย์แสดงการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

**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

กลุ่มพิจารณาค่าสินไหมทั่วไป อาคาร A ชั้น 3 บริษัท ธนาชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 999/1 เดอะไนน์ทาวเวอร์

ถนนพระราม 9 แขวงพัฒนาการ เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร.02-308-9300 Fax.02-308-9287

หรือส่งเอกสารได้ที่ สาขา บริษัท ธนาชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา หรือ.....

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

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

ส่วนงาน..... ฝ่ายงาน..... โทร.....

ตรวจเอกสาร  ครบถ้วน  ไม่ครบถ้วน ขาดหลักฐาน.....

หมายเหตุ.....