

**แบบเรียกร้องค่าสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident Claim Form)**

คำแนะนำ: โปรดกรอกข้อมูลให้ละเอียดครบถ้วนพร้อมลงลายมือชื่อ และส่งเอกสารต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

ผู้เอาประกันภัยชื่อ : ..... กรมธรรม์เลขที่ : .....

ผู้เรียกร้อง ชื่อ-นามสกุล : ..... อายุ: ..... ปี สัญชาติ:.....

 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย:  ผู้เอาประกันภัย  ทายาทตามกฎหมาย  ผู้รับผลประโยชน์  อื่นๆ(ระบุ).....

อาชีพ : ..... เลขประจำตัวประชาชน:..... (กรณีคนต่างด้าว ให้แสดงเลขหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัว)

ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :.....

**รายละเอียดการเรียกร้อง**

 เรียกร้องกรณี:  เสียชีวิต  สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวร  ค่ารักษาพยาบาล  ค่าชดเชยรายได้  อื่นๆ.....

วันที่เกิดเหตุ:..... เวลา..... น. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับรักษา :.....

 สถานะการเข้ารับรักษา:  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยนอก วันที่เข้ารับรักษา:..... วันที่ออก:.....

รวม :..... วัน จำนวนใบเสร็จ.....ใบ จำนวนเงินเรียกร้องรวม.....บาท

สถานที่เกิดเหตุ :.....

สาเหตุการเกิดเหตุ:.....

ลักษณะการบาดเจ็บของร่างกาย:.....

 กรณีผู้เอาประกันภัยเกิดเหตุจากยานพาหนะ: ผู้เอาประกันภัย  เป็นผู้ขับขี่  เป็นผู้โดยสาร  อื่นๆ.....

 ชนิดยานพาหนะ:  รถจักรยานยนต์  รถยนต์ส่วนบุคคล  อื่นๆ..... ยี่ห้อ:..... เลขทะเบียนรถ:.....

บริษัทประกันภัยรถชื่อ:..... เลขที่กรมธรรม์:.....

 มีแจ้งความต่อเจ้าพนักงานตำรวจหรือไม่:  ไม่มี  มี สถานีตำรวจ.....จังหวัด.....

 รายละเอียดเรียกร้องค่าเสียหายที่อื่น:  ไม่มี  ประกันสังคม  พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถที่บริษัท.....

 บริษัทประกันภัยอื่น บริษัท:..... เลขที่กรมธรรม์:..... จำนวนเงิน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและรายละเอียดข้างต้น เป็นความจริงถูกต้องทุกประการ และกรณีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบันหรือนบุคคลใด ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ตลอดจนการรักษาทั้งหมดแก่บริษัท ธนชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ทั้งนี้บริษัทฯสามารถแจ้งผลการพิจารณายังข้าพเจ้าโดยการส่งข้อความผ่าน โทรศัพท์มือถือข้างต้นและสามารถนำข้อมูลทั้งหมดหรือบางส่วนข้างต้นเปิดเผยกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาค่าสินไหมและความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ได้

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้มีสิทธิเรียกร้อง/ผู้รับประโยชน์

( ..... ) วันที่...../...../.....

**เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมและการติดต่อบริษัท**
**คำแนะนำ** เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาตามเงื่อนไขกรมธรรม์โปรดส่งเอกสารให้ครบตามกำหนดต่อไปนี้

**เอกสารสำคัญประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม (โปรดลงชื่อรับรองเอกสารสำเนาทุกฉบับ) ดังนี้**

- แบบแสดงรายละเอียดผู้เอาประกันภัยฯ
- แบบเรียกร้องค่าสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident Claim Form)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย และหรือผู้มีสิทธิเรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (กรณีกระทำการแทน)
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย และผู้เรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาบันทึกระงับประจำวันตำรวจ (ถ้ามี หรือกรณีมีเหตุต้องบันทึกตามกฎหมาย)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับการโอนเงินค่าสินไหม) หากประสงค์รับโอนทางบัญชีพร้อมเพย์ (Promptpay) โปรดระบุบัญชี Promptpay ธนาคาร..... โทรศัพท์มือถือ/เลขประชาชน หมายเลข.....
- \*เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามแต่กรณี

**\*เอกสารประกอบการเรียกร้องเพิ่มเติม (ตามกรณี) ดังนี้**

<b>กรณีค่ารักษาพยาบาล/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง</b>	<b>กรณีเสียชีวิต</b>
<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 และหลักฐานทางการแพทย์แสดงการรักษาฯเป็นผู้ป่วยใน

**กรณีกรมธรรม์ระบุผู้รับประโยชน์ หรือทายาทตามกฎหมาย**

- สำเนาบัตรประชาชน หรือสูติบัตร(กรณีผู้เยาว์) ผู้รับประโยชน์ หรือทายาทตามกฎหมาย ทุกท่าน
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์ หรือทายาทตามกฎหมาย ทุกท่าน
- ทะเบียนสมรส ระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประโยชน์ และของบิดา-มารดา ผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)
- บันทึกระงับประจำวันตำรวจระบุชื่อทายาทตามกฎหมายทุกท่านของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)

**หมายเหตุ** บริษัทฯ จะพิจารณาการเรียกร้องความเสียหายภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ และชดเชยค่าสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน หรือตามกำหนดที่ได้ตกลงกัน ภายหลังจากได้รับเอกสารหลักฐานประกอบการจ่ายและข้อเท็จจริงครบถ้วนแล้ว

**การติดต่อ/การส่งเอกสาร :** ท่านสามารถติดต่อบริษัทฯ เพื่อส่งเอกสารและสอบถามการเรียกร้องค่าสินไหมได้ที่

ฝ่ายบริการสินไหมทั่วไป อาคาร A ชั้น 3 บริษัท ธนชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 999/1 เดอะไนน์ทาวเวอร์

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

หรือส่งเอกสารได้ที่ สาขาบริษัท ธนชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา หรือธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา

**สำหรับเจ้าหน้าที่ บริษัท ธนชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือธนาคารธนชาต จำกัด (มหาชน)**

ชื่อเจ้าหน้าที่ที่ติดต่อ..... สาขา..... วันที่ส่ง.....

ส่วนงาน..... ฝ่ายงาน..... โทร.....

 ตรวจสอบเอกสาร  ครบถ้วน  ไม่ครบถ้วน ขาด.....

หมายเหตุ.....