



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. เรียกร้องค่าทดแทนตามแผนการประกันภัยที่ได้รับการคุ้มครอง ดังนี้

- การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอื่นๆ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ค่าปลงศพ (บาท).....
 การเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การเสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้าย
 สูญเสียสายตา สูญเสียอวัยวะ (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).....
 ค่าโดยสารเพื่อเดินทางไปรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดหมาย จำนวน.....ครั้ง จำนวนรวม (บาท).....

4. กรณีเจ็บป่วยเป็นโรค..... เคยหรือมีอาการคิดปกติเช่นนี้ภายในระยะเวลา 5 ปี ก่อนการเอาประกันภัยหรือไม่
 ไม่เคย เคย แต่รักษาหายแล้ว เคย และอยู่ในระหว่างรักษาตัว เคย และยังไม่ได้รับการรักษามาก่อนเลย

5. การจ่ายค่าทดแทน

- ค่ารักษาพยาบาล ตั้งจ่ายชื่อ.....จำนวนเงิน..... มีการรักษาต่อเนื่อง
 สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ ตั้งจ่ายชื่อผู้บาดเจ็บหรือคนที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ชื่อ.....
 กรณีเสียชีวิต ตั้งจ่ายชื่อผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์หรือทายาทตามกฎหมาย ชื่อ.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแจ้งเท็จ แสร้งทำขึ้น ปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือน หรือ
 ปิดบัง ความจริงใดๆ สิทธิที่จะได้ค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้บาดเจ็บ หรือ ผู้รับประโยชน์หรือญาติของผู้เสียชีวิต)	(ผู้จัดหรือผู้ตกลงใหม่การประกันภัย ลงชื่อรับรองการเรียกร้อง)
ลงชื่อ..... วันที่.....	ลงชื่อ..... วันที่.....
(.....)	(.....)

ส่วนที่ 2 : การยินยอมเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับบาดเจ็บ หรือผู้รับประโยชน์ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความ
 บาดเจ็บ การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องเรียกร้องข้างต้น และ
 โปรดสำเนาเอกสารทางการแพทย์ รายงานการรักษาของข้าพเจ้า หรือผู้เสียชีวิต ให้แก่ บริษัท คัมภีร์ใดก็ตามที่ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตัดสิน หรือผลประโยชน์ของข้าพเจ้าตามเงื่อนไขของ
 กรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่ามามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... วันที่..... ลงชื่อ..... วันที่.....
 (.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง
 (ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ผู้ให้ความยินยอม) (ตัวแทนหรือผู้รับมอบอำนาจ กรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้)



เอกสารเบื้องต้นประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน (โปรดลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนการสูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ค่าชดเชยรายได้ :

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล **กรอกโดยสมบูรณ์ และลงนามถูกต้อง ครบถ้วน**
- 2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการที่มีภาพถ่ายของผู้เอาประกันภัยและหรือผู้บาดเจ็บ และเอกสารเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี) กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่สามารถมีเอกสารตามข้อ 2 ข้างต้น โปรดแนบเอกสารอื่นแทน คือ
 - 2.1 สำเนาบัตรอื่นที่มีภาพถ่ายของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)
 - 2.2 สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการที่มีภาพถ่ายของผู้ถือกรมธรรม์
- 3. สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาสูติบัตร (กรณีความคุ้มครองรวมถึงผู้บาดเจ็บที่เป็นบิดา มารดา หรือบุตร)
- 4. สำเนาบัตรประกันภัย พี เอ (PA Card) ถ้ามี
- 5. **ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ (แนบทุกครั้งที่มีการรักษา) / สำหรับกรณีเรียกร้องค่าชดเชยใช้สำเนา**
- 6. **ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายการการรักษาพยาบาล / สำหรับกรณีเรียกร้องค่าชดเชยใช้สำเนา**
- 7. สำหรับค่าทดแทนการสูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพถาวร
 - 7.1 ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ระดับการสูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดเหตุ (กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นต้องเป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือนนับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง)
- 8. หนังสือรับรองการทำงานนอกสถานที่พร้อมเอกสารประกอบการมอบหมายการทำงาน (กรณีที่เกิดเหตุระหว่างเวลาทำงาน)

กรณีการเสียชีวิต ตามเอกสารข้างต้นรายการที่ 1, 2, 3 และเอกสารเพิ่มเติม ได้แก่

- 1. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่)
- 2. รายงานการสืบสวนสอบสวนคดีของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่ (ถ้ามี)
- 3. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากสถานีตำรวจท้องที่ที่เกิดอุบัติเหตุ
- 4. สำเนาใบรับรองการเสียชีวิตจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (**กรณีเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ**)
- 5. สำเนาหนังสือรับรองการเสียชีวิตจากโรงพยาบาล (**กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล**)
- 6. สำเนาใบมรณบัตร (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)
- 7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)
- 8. สำเนาทะเบียนบ้านแจ้งการเสียชีวิต (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)
- 9. เอกสารของผู้รับประโยชน์ (**โปรดลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ**)
 - สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน
 - สำเนากรงจดทะเบียนสมรส
 - สำเนากรงเปลี่ยนชื่อ-สกุล
 - หนังสือโอนสิทธิเรียกร้องของทายาทโดยธรรมที่เกี่ยวข้อง
 - คำสั่งศาลระบุผู้จัดการมรดก
 - อื่น ๆ

หมายเหตุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ร้องขอเอกสารอื่นเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี และตามความจำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณา