

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident Insurance Claim Form)

1. รายละเอียดกรมธรรม์ (Policy)

1.1 เลขที่กรมธรรม์ (Policy no.) _____

2. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย (Insured Person Details)

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย (Name of Insured) _____ อายุ (Age) _____

2.2 ที่อยู่ (Address) _____

โทรศัพท์ (Telephone no.) _____ อีเมล (Email Address) _____

3. รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)

3.1 วันที่เกิดเหตุ (Date) _____ เวลา (Time) _____ สถานที่ (Place) _____

3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the Incident occurred) _____

ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้ง นี้ ได้รับการชดเชยแล้วหรือไม่ (This loss)

ไม่ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงาน (has not been compensated from other companies or other parties)

ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงาน (has been compensated from other companies or other parties) _____

ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด (Please specify the name of the company) _____

เป็นจำนวนเงิน (Amount of compensation) _____ บาท (Baht) .

4. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim)

4.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็น จำนวนเงิน (Amount Claim) _____ บาท (Baht) หรือระบุสกุลเงินที่ท่านใช้จ่ายจริง

ดังกรณีต่อไปนี้ (Please tick in the box the type of benefits you are claiming:)

กรณีนี้ค่ารักษาพยาบาล (Medical expenses)

กรณีการสูญเสียชีวิตและการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight, or Total Permanent)

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์แก่บิดา / มารดา

โดยข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมในนาม _____

In case of the insured is minor the company would make the claim payment to parents.

I would like the company make claim payment to _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือเรียกคืนสินไหมใดๆ คืนจากข้าพเจ้าได้ทันที

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. Company have right to refuse or refund any claim from insured if Company found that Statements in this report are not true, fraud, or hide important information.

ลงชื่อ (Sign) _____

วันที่ (Date) _____

ผู้แจ้ง (Claimant) / ผู้เอาประกันภัย (Insured n

ติดต่อเรียกร่องค่าสินไหมทดแทน

บริษัท อินซัวร์เวิร์ส จำกัด(มหาชน)

ทีมสินไหม ชั้น24

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กทม 10120

โทร.02-842-9899

E-mail: claim_pa@insurverse.co.th

Contact information

Insurverse Public Company Limited

A&H Claim Department

1115 Rama III road, Chong Nonsi, Yannawa, BKK,

10120 Tel. +66 2-842-9899

E-Mail: claim_pa@insurverse.co.th

(Mon - Fri from 8.30 - 16.30)