



บริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
Sompoo Insurance (Thailand) Public Company Limited

๑๑๐ อับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 12, 14 ถนนพระราม 4
 แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 105๐๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๑๑๘-๗๔๑๑ โทรสาร ๐-๒๖๓๖-๒๓๔๐-๔๑
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Registration No./Tax ID. No.) ๐๑๐๗๕๕๖๐๐๐๒๘๗

๑๑๐ Abdulrahim Place 12th, 14th FL., Rama 4 Road,
 Silom, Bangrak, Bangkok, 10500 Thailand
 Tel. : 0-2118-7411 Fax : 0-2636-2340-41

**PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM /
 HEALTH INSURANCE CLAIM FORM**
แบบเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุ/สุขภาพ

I/We hereby claim for an accident/loss occurred as follows:

ข้าพเจ้าขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนดังรายละเอียดต่อไปนี้

Insured ผู้เอาประกัน	Policy No. กรมธรรม์เลขที่		
Injured Person ผู้บาดเจ็บ	Age อายุ	years. ปี	Position ตำแหน่ง
Address ที่ติดต่อ	Tel. โทร		ลำดับที่ในกรมธรรม์

Part A. For P.A. Claim Only
ส่วน A. กรอกเฉพาะสินไหม"อุบัติเหตุ"
 Date of Loss
วันที่เกิดอุบัติเหตุ
 Time
เวลาเกิดเหตุ
 Please give cause and brief details of accident. / โปรดระบุสาเหตุการเกิดเหตุโดยย่อ

Nature and extent of Injuries. / โปรดระบุอาการของการบาดเจ็บ

Part B. For Medical Health Claim Only
ส่วน B. กรอกเฉพาะสินไหม"สุขภาพ"
 What illness are you suffering, since when? / ท่านป่วยเป็นโรคอะไร, ตั้งแต่เมื่อใด

Have you ever suffered like this before, when? / ท่านเคยป่วยอย่างนี้มาก่อนหรือไม่, เมื่อใด

Have you required medical or surgical treatment in past 5 years? If so, give details. / ท่านเคยนอนรักษาในโรงพยาบาลหรือผ่าตัดใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่, ถ้ามี, โปรดให้รายละเอียด

I warrant that the above statements are true and correct and I hereby authorize my doctor to release all information to Sompoo Insurance (Thailand) Pcl. as required. / ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมานี้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเปิดเผยและให้ข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้าแก่ บริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ตามที่ต้องการ

Date วันที่	Signature ลงชื่อ
_____	_____

- โปรดยืนยันรายละเอียด ตามข้างล่างนี้
- ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกร้อง รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น (บาท) โปรดระบุ _____
 - ท่านมีค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่องอีกหรือไม่, ถ้ามีโปรดระบุ _____
 - โปรดส่งจ่ายเช็คในนาม _____

(กรณีจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาลในนามผู้บาดเจ็บโปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้บาดเจ็บมาพร้อมเคลมฟอร์มฉบับนี้)
 เอกสารแนบมาพร้อมเคลมฟอร์ม

() เคลมฟอร์ม () ไม่เสร็จค่ารักษาพยาบาล (ตัวจริง) () ไม่รับรองแพทย์ (ตัวจริง) () สำเนาบัตรประชาชน



บริษัท ชมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) Sompao Insurance (Thailand) Public Company Limited

990 อับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 12, 14 ถนนพระราม 4
แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ 0-2119-3000 โทรสาร 0-2636-2340-41
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Registration No./Tax ID. No.) 0107555000287

990 Abdulrahim Place 12th, 14th FL., Rama 4 Road,
Silom, Bangrak, Bangkok, 10500 Thailand
Tel. : 0-2119-3000 Fax. : 0-2636-2340-41

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมะเร็ง

1. แบบเรียกร้องสินไหมประกันมะเร็ง ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย
2. หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา 3 ชุด ** เซ็นต์สติดโดยผู้เอาประกันภัย **
3. หนังสือมอบอำนาจ 3 ชุด ** เซ็นต์สติดโดยผู้เอาประกันภัย **
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย 3 ชุด รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
5. ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
6. ใบรับรองแพทย์, ผลการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และประวัติการรักษาทั้งหมด
7. สำเนาประวัติการรักษาย้อนหลัง 2 ปี โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษ
 - ประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (OPD Card)
 - ใบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ทุกครั้งที่เข้ารักษา
 - ผลการตรวจพิเศษต่างๆที่เกี่ยวข้อง
 - ผลตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology Report) ทุกครั้งที่เกี่ยวข้อง
8. สำเนาหน้าปกสมุดคู่มือฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
9. เอกสารอื่นๆ แล้วแต่กรณี เช่น เอกสารการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ทะเบียนสมรส ใบสูติบัตร ฯลฯ

**กรณีมีความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพิ่มเติมเอกสารดังต่อไปนี้

1. ใบรับรองแพทย์พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ลงวันที่ตรงกับใบรับรองแพทย์
3. บัตรนัดสำหรับการรักษาครั้งนั้น ระบุวันที่ตรงกับใบรับรองแพทย์