



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

๘๘๐ อับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 12, 14 ถนนพระราม 4
 แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
 โทรศัพท์ 0-2118-7411 โทรสาร 0-2636-2340-41
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Registration No./Tax ID. No.) 0107555000267

990 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	ลำดับที่ในกรมธรรม์
Address ที่ติดต่อ	Tel. โทร			

Part A. For P.A. Claim Only

Date of Loss

Time

ส่วน A. กรอกเฉพาะสินไหม"อุบัติเหตุ"

วันที่เกิดอุบัติเหตุ

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 Sompao Insurance (Thailand) Pcl. as required. / ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมานี้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเปิดเผยและให้ข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้าแก่ บริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ตามที่ต้องการ

Date

Signature

วันที่

ลงชื่อ

โปรดเขียนรายละเอียด ตามข้างล่างนี้

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

(กรณีจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาลในนามผู้บาดเจ็บโปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้บาดเจ็บมาพร้อมเคลมฟอร์มฉบับนี้)
 เอกสารแนบมาพร้อมเคลมฟอร์ม

() เคลมฟอร์ม () ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล (ตัวจริง) () ใบรับรองแพทย์ (ตัวจริง) () สำเนาบัตรประชาชน



บริษัท ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) Sompo 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

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ

1. แบบเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุ ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย
2. ใบรับรองแพทย์พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ โดยวันที่ต้องตรงกับใบรับรองแพทย์
4. สำเนาบันทึกประจำวัน ณ วันเกิดเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของคดี (ถ้ามี)
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาหน้าปกสมุดคู่มือฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
7. เอกสารอื่นๆ แล้วแต่กรณี เช่น เอกสารการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ทะเบียนสมรส ใบสูติบัตร ฯลฯ

Updated Date: 2022-02

Updated By: A&H Management - Claims