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

990 อับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 12, 14 ถนนพระราม 4
แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ 0-2118-7411 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. : 0-2118-7411 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 _____ Age _____ years. Position _____ ลำดับที่ในกรมธรรม์ _____
ผู้บาดเจ็บ อายุ ปี ตำแหน่ง

Address _____ Tel. _____
ที่ติดต่อ โทร

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 Sompo 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** _____
- โปรดสั่งจ่ายเช็คในนาม _____

(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

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทุพพลภาพฯ

1. แบบเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุ
2. ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันผลทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะอย่างชัดเจน พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
3. ประวัติการรักษาพยาบาลตั้งแต่เกิดเหตุจนถึงปัจจุบัน
4. สำเนาบันทึกประจำวัน ณ วันเกิดเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของคดี
5. สำเนาผลตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง(ถ้ามี)
6. รูปถ่ายเต็มตัวของผู้เอาประกันภัย หลังจากทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ
7. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย(ถ้ามี)
8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาหน้าปกสมุดคู่ฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
10. เอกสารอื่นๆ แล้วแต่กรณี เช่น เอกสารการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ทะเบียนสมรส ใบสูติบัตร ฯลฯ

Updated Date: 2022-02
Updated By: A&H Management - Claims