



บริษัท ซอมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
 1152 อาคารปับ ชั้น 23, 24  
 ถนนพระรามที่ 4 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย  
 กรุงเทพฯ 10110 ประเทศไทย  
 โทรศัพท์ : +66 (0) 2119-3000  
 โทรสาร : +66 (0) 2636-2340-41  
 อีเมล : cs@sompo.co.th  
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000287

Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited  
 1152 Punn Tower 23/F, 24/F,  
 Rama 4 Road, Khlong Toei, Khlong Toei,  
 Bangkok 10110 Thailand  
 Tel : +66 (0) 2119-3000  
 Fax : +66 (0) 2636-2340-41  
 Email : cs@sompo.co.th  
 Registration No./Tax ID No. 0107555000287

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM /  
 HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

**แบบเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุ/สุขภาพ**

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

ข้าพเจ้าขอเรียกร้องสินไหมทดแทน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Insured \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_  
 ผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ กรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_

Injured Person Age Years. Occupation  
 ผู้บาดเจ็บ อายุ ปี อาชีพ \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

**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. / โปรดระบุนาการของการบาดเจ็บ \_\_\_\_\_

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

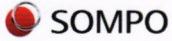
Have you ever suffered like this before, when? / ท่านเคยป่วยอย่างนี้มาก่อนหรือไม่ เมื่อใด \_\_\_\_\_

Have you required medical or surgical treatment in part 5 years? If so, please give details. / ท่านเคยนอนรักษาในโรงพยาบาลหรือผ่าตัดใน 5 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่  
 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.  
 / ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่กล่าวมานี้ ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเปิดเผยและให้ข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้าแก่  
 บริษัท ซอมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ตามที่ต้องการ

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
 วันที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

โปรดยืนยันรายละเอียด ตามข้างล่างนี้  
 - ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกร้อง รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น (บาท) โปรดระบุ \_\_\_\_\_  
 - ท่านมีค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่องอีกหรือไม่, ถ้ามีโปรดระบุ \_\_\_\_\_



บริษัท ซอมโม่ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
1152 อาคารปิ่น ชั้น 23, 24  
ถนนพระรามที่ 4 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย  
กรุงเทพฯ 10110 ประเทศไทย  
โทรศัพท์ : +66 (0) 2119-3000  
โทรสาร : +66 (0) 2636-2340-41  
อีเมล : cs@sompo.co.th  
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000287

Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited  
1152 Punn Tower 23/F, 24/F,  
Rama 4 Road, Khlong Toei, Khlong Toei,  
Bangkok 10110 Thailand  
Tel : +66 (0) 2119-3000  
Fax : +66 (0) 2636-2340-41  
Email : cs@sompo.co.th  
Registration No./Tax ID No. 0107555000287

## เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ

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

Updated Date: 2024-09

Updated By: A&H Claims