

บริษัท ซมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
 1152 อาคารปิ่น ชั้น 23, 24
 ถนนพหลโยธินที่ 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

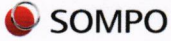
Have you required medical or surgical treatment in part 5 years? If so, please give details. / ท่านเคยนอนรักษาในโรงพยาบาลหรือผ่าตัดใน 5 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่
 ถ้ามี โปรดให้รายละเอียด

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 ซมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ตามที่ต้องการ

Date
 วันที่ _____

Signature
 ลงชื่อ _____
 (_____)

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



บริษัท ซอมโม่ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1152 อาคารปิ่น สัน 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

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 โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษา
 - ประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (OPD Card)
 - ใบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ทุกครั้งที่เข้ารับรักษา
 - 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