



บริษัท ซอมโป ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
 1152 อาคารปิ่น ชั้น 23, 24
 ถนนพระรามที่ 4 แขวงคลองจั่น เขตคลองจั่น
 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

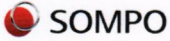
Have you ever suffered like this before, when? / ท่านเคยป่วยอย่างนี้มาก่อนหรือไม่ เมื่อใด

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 ซอมโตะ 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

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากเจ็บป่วย

1. แบบเรียกร้องสินไหมทดแทน ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย
2. หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา 3 ชุด ** เซ็นต์สติดโดยผู้เอาประกันภัย **
3. หนังสือมอบอำนาจ 3 ชุด ** เซ็นต์สติดโดยผู้เอาประกันภัย **
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย 3 ชุด รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
5. ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
6. ใบรับรองแพทย์พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
7. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ โดยวันที่ต้องตรงกับใบรับรองแพทย์
8. สำเนาหน้าปกสมุดคู่มือฝากรถจักรยานของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
9. เอกสารอื่นๆ แล้วแต่กรณี เช่น เอกสารการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ทะเบียนสมรส ใบสูติบัตร ฯลฯ

Updated Date: 2024-09

Updated By: A&H Claims