



บริษัท ซมโปะ 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 ซมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ตามที่ต้องการ

Date _____ Signature _____
 วันที่ _____ ลงชื่อ _____
 (_____)

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



บริษัท ซอมป์ 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

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

1. แบบเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุ
2. ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันผลทางการแพทย์หรือสูญเสียอวัยวะอย่างชัดเจน พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
3. ประวัติการรักษาพยาบาลตั้งแต่เกิดเหตุจนถึงปัจจุบัน
4. สำเนาบันทึกประจำวัน ณ วันเกิดเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของคดี
5. สำเนาผลตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง(ถ้ามี)
6. รูปถ่ายเต็มตัวของผู้อุบัติเหตุ หลังจากทางการแพทย์หรือสูญเสียอวัยวะ
7. สำเนาทะเบียนรถของผู้ประกอบการ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้อุบัติเหตุ(ถ้ามี)
8. สำเนาทะเบียนรถส่วนบุคคลของผู้อุบัติเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้อุบัติเหตุ
9. สำเนาหน้าปกสมุดคู่ฝากธนาคารของผู้อุบัติเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้อุบัติเหตุ
10. เอกสารอื่นๆ แล้วแต่กรณี เช่น เอกสารการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ทะเบียนสมรส ใบสูติบัตร ฯลฯ