



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

๑๑๐ 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.) 0107556000287

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 ผู้บาดเจ็บ	Age อายุ	years. ปี	Position ตำแหน่ง	ลำดับที่ในกรมธรรม์
Address ที่ติดต่อ	Tel. โทร			

**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. / 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

Signature

วันที่

ลงชื่อ

โปรดยืนยันรายละเอียด ตามข้างล่างนี้

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

(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

990 Abdulrahim Place 12th, 14th FL., Rama 4 Road,

แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Silom, Bangrak, Bangkok, 10500 Thailand

โทรศัพท์ 0-2119-3000 โทรสาร 0-2636-2340-41

Tel. : 0-2119-3000 Fax. : 0-2636-2340-41

ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (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. สำเนาหน้าปกสมุดคู่ฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
9. เอกสารอื่นๆ แล้วแต่กรณี เช่น เอกสารการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ทะเบียนสมรส ใบสูติบัตร ฯลฯ

Updated Date: 2022-02

Updated By: A&H Management - Claims