



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล
Personal Accident Claim Form

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเพื่อการเรียกร้อง [โปรดกรอกข้อมูลตามความเป็นจริงให้ครบถ้วน และโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวกหรือรับข้อความได้]

ชื่อบริษัท ชื่อผู้ติดต่อ เบอร์โทร

กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้ตกลงเอาประกันภัย เบอร์โทร

ชื่อผู้ได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย อายุ ปี ตำแหน่งงาน ลำดับที่ในกรมธรรม์

1. อุบัติเหตุเกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น. สถานที่เกิดอุบัติเหตุ

2. รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (กำลังทำอะไร กับใคร เหตุการณ์เกิดอย่างไร สาเหตุของอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บได้อย่างไร)

.....

.....

3. เรียกร้องค่าทดแทนตามแผนการประกันภัยที่ได้รับการคุ้มครอง ดังนี้

- การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอื่น ๆ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ค่าปลงศพ (บาท)
- การเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การเสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้าย
- สูญเสียสายตา สูญเสียอวัยวะ (ระบุ) ค่ารักษาพยาบาล (บาท)
- ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ (ระบุอุปกรณ์) จำนวนรวม (บาท)
- ค่าบริการรถพยาบาล (ระบุจากที่ใดไปยังที่ใด) จำนวนรวม (บาท)
- ค่าชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) วัน ห้องปกติ (บาท) ICU/CCU (บาท)
- เงินช่วยเหลือสำหรับครอบครัวกรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต / ทุพพลภาพ เดือน จำนวนรวม (บาท)
- ค่าโดยสารเพื่อเดินทางไปรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดหมาย จำนวน ครั้ง จำนวนรวม (บาท)

4. กรณีเจ็บป่วยเป็นโรค เคยหรือมีอาการผิดปกติเช่นนี้ภายในระยะเวลา 5 ปี ก่อนการเอาประกันภัยหรือไม่

ไม่เคย เคย แต่รักษาหายแล้ว เคย และอยู่ในระหว่างรักษาตัว เคย และยังไม่ได้รับการรักษามาก่อนเลย

5. การจ่ายค่าทดแทน

- ค่ารักษาพยาบาล สั่งจ่ายชื่อ จำนวนเงิน มีการรักษาต่อเนื่อง
- สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ สั่งจ่ายชื่อผู้บาดเจ็บหรือตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ชื่อ
- กรณีเสียชีวิต สั่งจ่ายชื่อผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์หรือทายาทตามกฎหมาย ชื่อ

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแจ้งเท็จและรังแกทำขึ้นปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือน หรือปิดบังความจริงใดๆ
สิทธิ์ที่จะได้ค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้บาดเจ็บ หรือ ผู้รับประโยชน์หรือญาติของผู้เสียชีวิต	ผู้จัดหรือผู้ตกลงให้มีการประกันภัย ลงชื่อรับรองการเรียกร้องฯ
ลงชื่อ วันที่	ลงชื่อ วันที่
(.....)	(.....)

ส่วนที่ 2 : การยินยอมเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับบาดเจ็บ หรือผู้รับประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องเรียกร้องข้างต้น และ โปรดสำเนาเอกสารทางการแพทย์ รายงานการรักษาของข้าพเจ้า หรือผู้เสียชีวิตให้แก่ บริษัท คุมภัยโตเกียวมารินประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ของข้าพเจ้าตามเงื่อนไขของ กรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น

อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ วันที่

(.....) ตัวบรรจง

ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ / ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ วันที่

(.....) ตัวบรรจง

ตัวแทนหรือผู้รับมอบอำนาจ กรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้



เอกสารเบื้องต้นประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน (โปรดลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนการสูญเสียอวัยวะ / ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ขาดเขยรายได้ :

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล **กรอกโดยสมบูรณ์ และลงนามถูกต้องครบถ้วน**
- 2. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการที่มีภาพถ่ายของผู้เอาประกันภัยและหรือผู้บาดเจ็บ และเอกสารเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่สามารถมีเอกสารตามข้อ 2 ข้างต้น โปรดแนบเอกสารอื่นแทน คือ
 - 2.1 สำเนาบัตรอื่นที่มีภาพถ่ายของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)
 - 2.2 สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการที่มีภาพถ่ายของผู้ถือกรมธรรม์
- 3. สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาสูติบัตร (กรณีความคุ้มครองรวมถึงผู้บาดเจ็บที่เป็นบิดา มารดา หรือบุตร)
- 4. สำเนาบัตรประกันภัย พี เอ (PA Card) ถ้ามี
- 5. **ต้นฉบับ**ใบรับรองแพทย์ (แนบทุกครั้งที่มีการรักษา) / **สำหรับกรณีเรียกร้องค่าชดเชยใช้สำเนา**
- 6. **ต้นฉบับ**ใบเสร็จรับเงิน และรายการการรักษาพยาบาล / **สำหรับกรณีเรียกร้องค่าชดเชยใช้สำเนา**
- 7. สำหรับค่าทดแทนการสูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพถาวร
 - 7.1 ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ระบุระดับการสูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดเหตุ (กรณีทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นต้องเป็นไปต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือนนับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง)
- 8. หนังสือรับรองการทำงานนอกสถานที่พร้อมเอกสารประกอบการขออนุญาตการทำงาน (กรณีที่เกิดเหตุระหว่างเวลาทำงาน)

กรณีการเสียชีวิต ตามเอกสารข้างต้นรายการที่ 1, 2, 3 และเอกสารเพิ่มเติม ได้แก่

- 1. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่)
- 2. รายงานการสืบสวนสอบสวนคดีของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่ (ถ้ามี)
- 3. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากสถานีตำรวจท้องที่ที่เกิดอุบัติเหตุ
- 4. สำเนาใบรับรองการเสียชีวิตจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (**กรณีเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ**)
- 5. สำเนาหนังสือรับรองการเสียชีวิตจากโรงพยาบาล (**กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล**)
- 6. สำเนาใบมรณบัตร (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)
- 7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)
- 8. สำเนาทะเบียนบ้านแจ้งการเสียชีวิต (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์)
- 9. เอกสารของผู้รับประโยชน์ (**โปรดลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ**)

<input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน	<input type="radio"/> สำเนากการจดทะเบียนสมรส
<input type="radio"/> สำเนากการเปลี่ยนชื่อ-สกุล	<input type="radio"/> หนังสือโอนสิทธิเรียกร้องของทายาทโดยธรรมที่เกี่ยวข้อง
<input type="radio"/> คำสั่งศาลระบุผู้จัดการมรดก	<input type="radio"/> อื่นๆ

หมายเหตุ : บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ร้องขอเอกสารอื่นเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี และตามความจำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณา