

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพ

(Personal Accident and Health Insurance Claim Forms)

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย	อายุ	วันเดือนปีเกิด	อาชีพ
Name _____	Age _____	Date of Birth ____/____/____	Occupation _____
เลขที่บัตรประชาชน/อื่นๆ (โปรดระบุ)	หมายเลขบัตรประชาชน/เลขบัตรประชาชน		
ID card/other (please specify) _____	Card/ Policy No.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้		
Current Address _____	Telephone No. _____		
บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ) <input type="checkbox"/> มีประกันกับบริษัทประกันอื่น <input type="checkbox"/> ไม่มีประกันกับบริษัทประกันอื่น			
Other insurers (if any, please specify) _____			

ลักษณะของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุ โดยสังเขป
Details of accident occurred _____

สถานที่เกิดเหตุ _____ วันที่เกิดเหตุ _____ เวลาที่เกิดเหตุ _____
Place of accident _____ Date of accident _____ Time _____

การเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษามาก่อนที่ _____
As a result of accident _____ Never treated _____ Previously treated at _____

เมื่อวันที่ _____ ท่านได้ใช้สิทธิ์ไปแล้วจำนวนเงิน (บาท)
Date of treatment _____ Cost of treatment given _____ Baht

กรุณาจ่ายสินไหมโดย เช็คส่งจ่าย โอนเข้าบัญชีธนาคาร
(โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวันของผู้เอาประกันเท่านั้น)
Please pay compensation by Cheque Transfer to Bank Account
(Please attached copy of saving book bank of insured only)

ชื่อธนาคาร _____ สาขา _____
Bank name _____ Branch _____

ชื่อบัญชี _____ เลขที่บัญชีธนาคาร _____
Name _____ Bank Account No. _____

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วนตามรายการด้านล่างนี้
The required documents for claim compensation in order to speedy in handling claims, please send all required documents completely as listed only.

<p>กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะและสาวยตา Dismemberments/ Loss of sight/ Permanent Disability</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสีย โดยชัดเจน Original of Doctor's certificate or Doctor's medical report</p> <p><input type="checkbox"/> ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ (Copy of X-Ray results)</p> <p><input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้ถือบัตร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Photograph of claimant (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา Copy of medical record</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองความพิการ Copy of Surgeon's Certificate of Disability</p> <p><input type="checkbox"/> แบบประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ Disability evaluation Record</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of ID card of cardholder (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรบีพีเอสต์สมาร์ต แรบบิท สิริราช ของผู้ถือบัตร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of Be1st Smart Rabbit Siriraj (Certified true copy)</p>	<p>กรณีเสียชีวิต Loss of life</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ กรณีที่ผ่าศพพิสูจน์ Copy of Bodies Dissection results (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนานับถือประจำวันของตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวร เจ้าของคดี Copy of Police report (Certified by officer on duty)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองการตาย รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Cause of Death Certificate (Certified by infirmary)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Death Certificate (Certified by government agencies)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์หรือ ผู้จัดการมรดกหรือทายาท โดยธรรม (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of residential registration of the dead and the beneficiary or executor or statutory heir (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับ ผลประโยชน์หรือผู้จัดการมรดกหรือทายาท โดยธรรม (พร้อม รับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of ID Card of the dead and the beneficiary or executor or statutory heir (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรบีพีเอสต์สมาร์ต แรบบิท สิริราช ของผู้ถือบัตร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of Be1st Smart Rabbit Siriraj (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์/กระแสรายวันที่ เป็นบัญชีเงินฝากหลักของบัตร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of first page of saving/current account book with Be1st Smart Rabbit Siriraj Card (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้รับผลประโยชน์หรือผู้จัดการมรดก หรือทายาท โดยธรรม (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Bank Account (Please attached copy of book bank of the beneficiary or executor or statutory heir certified true copy)</p>
<p>กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล Medical Expense</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (Original of Doctor's medical report)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (Original of medical receipt)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of ID card of cardholder (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรบีพีเอสต์สมาร์ต แรบบิท สิริราช ของผู้ถือบัตร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of Be1st Smart Rabbit Siriraj (Certified true copy)</p>	
<p>หมายเหตุ: บริษัทฯอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีที่เอกสารนั้น จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทจะติดต่อกับท่านตามข้อมูล ที่ให้ไว้ข้างต้น</p> <p>(Remark: Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payments. The company will contact you provided above.)</p>	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออกร์ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มี
การบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับ
มอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้ตามกฎหมายและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company, or its authorized
representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and
copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง

วันที่

(Signature of Insured/ claimant) _____ Date ____/____/____