

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุและการเดินทาง  
ACCIDENT AND TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM



ข้อมูลทั่วไป / General Information

ชื่อ Name	เพศ Sex	อายุ Age	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.
ที่อยู่ Address	อาชีพ Occupation	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Phone No	
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลา Time	นาฬิกา a.m. .p.m.	สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident
บรรยายการเกิดอุบัติเหตุ/ การเจ็บป่วย / เหตุการณ์สูญเสียชีวิตโดยละเอียด Describe Accident / Sickness / Loss occurred in detail.			
ท่านกำลังเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ Are you making any other insurance compensation claim?		ชื่อบริษัท Name of Company	

ส่วนนี้สำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน แผนประกันอุบัติเหตุและสุขภาพการเดินทางต่างประเทศ / Travel Insurance

ระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่วันที่ Period of Journey From	ถึง วันที่ To	ประเทศ Country
รายการสูญหาย / เสียหาย Items Lost / Damaged	วันที่ซื้อ Date of Purchase	ราคา / มูลค่าเต็ม Purchase Value / Full Value

หนังสือยินยอม / AUTHORIZATION

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา โยสัชยา หรือการรักษา. และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือ การแพทย์ของข้าพเจ้าได้อันนี้ สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, physician ,or other person who has attended or examined me, 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.

ลงนาม Sign here	ลายเซ็นของผู้เรียกร้อง/ผู้บาดเจ็บ Claimant's Signature	วันที่ Date	ลงนาม Sign here	ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย Insured's Signature	วันที่ Date
--------------------	---	----------------	--------------------	---	----------------

เฉพาะเจ้าหน้าที่ / ADJUSTER ONLY

Policy No.	Effective / / to / /	Payee is <input type="checkbox"/> Insured <input type="checkbox"/> Claimant <input type="checkbox"/> Other	
Pay : Indemnity	Baht	Medical Baht	Total Baht
<input type="checkbox"/> Hold <input type="checkbox"/> Mail	Address		
Remark:			
Adjusted by	Date / /	Approved by	Date / /

รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา / Medical Report

บัตรคนไข้เลขที่ Patient's Card No.		
نامผู้ป่วย Patient's Name		เพศ Sex
อายุ Age		
ที่อยู่ Address		
อุบัติเหตุหรืออาการของโรคเกิดขึ้นเมื่อ Date/Accident of Illness/Sickness Contracted		
ลักษณะบาดแผล หรืออาการของโรค Nature of Injury-Illness		
<input type="checkbox"/> ได้ฉายเอ็กซเรย์หรือไม่ X-Ray Taken? <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> ฉาย Yes <input type="checkbox"/> เมื่อวันที่ D/Taken		
รายงานผลเอ็กซเรย์ X-Ray Report		
การวินิจฉัยโรค Diagnosis		
มีโรคเดิมหรืออาการพิการของร่างกายอันเป็นผลต่ออาการปัจจุบัน Describe any other disease of infirmity affecting present condition		
การรักษา Type of Treatment		
วันที่ทำการรักษา Give Dates of Treatment		
ชื่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล Name of Hospital-Clinic		
ตั้งอยู่ที่ Address		โทรศัพท์ Tel.
รับไว้รักษาเมื่อ D/Admitted	ออกเมื่อ D/Discharged	
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้โดยสิ้นเชิง จาก How long will patient be totally disabled From	ถึง To	
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้บ้างบางส่วน จาก How long will patient be partially disabled From	ถึง To	
วันที่ทำรายงาน Date of Report	ชื่อนายแพทย์ Doctor's Name	
	ลายมือชื่อ Signature	