UTCC University of the Thai Chamber of Commerce
มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

เมืองไทยประกันภัย
MUANG THAI INSURANCE

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ

ติดต่อสอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า Customer Service Center 1484

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
Name-Surname Age Years Occupation

เลขที่บัตรประชาชน/พาสปอร์ต..... หมายเลขบัตร/หมายเลขกรมธรรม์.....
ID Card No./Passport No. Card No./Policy No.

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
Current Address

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... ☐ รับ SMS ได้ ☐ รับ LINE ได้ อีเมล.....
Tel. No. Apply SMS Apply LINE e-Mail

เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดระบุข้อมูลการติดต่อให้ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน • For your Benefit, please fill the Correct, Clear & Complete Contact Information

บริษัทประกันภัย หรือประกันชีวิตอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุชื่อให้ครบถ้วน และทุนประกันภัย) .....
Other Insurers (if any, please specify all with Sum Insured)

อาการเจ็บป่วย/โรค หรือรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป (เหตุการณ์ก่อนเกิดความบาดเจ็บ ระหว่าง และหลังได้รับบาดเจ็บ)
Symptom of Sickness/Disease or Brief details of how the accident occurred (Event before, during and after occurring the injury)

.....

.....

.....

สถานที่เกิดการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ..... วันที่..... เวลา.....
Place of Sickness/Accident Date Time

ผลประโยชน์ที่ต้องการเรียกร้อง..... จำนวนเงิน.....บาท
Compensation Item Amount THB

การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่? • This Sickness/Bodily injury has ever been treated or not?

☐ ไม่เคย ☐ เคย รักษาที่ 1. ..... วันที่..... 2. ..... วันที่.....
No Yes, be treated at 1. Date 2. Date

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เรียกร้องประสงค์รับค่าทดแทนโดย • The Insured or the Claimant requests the Compensation payment by

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต) • Transfer into Bank Account of Insured or Beneficiary if death claim

☐ เช็คระบุชื่อ สถานที่จัดส่ง • A/C Payee Cheque (Delivery Address) .....

☐ รับเงินสดที่เคาน์เตอร์เซอร์วิสโดยผู้มีชื่อรับเงินเท่านั้น และแสดงบัตรประชาชนที่มี Chip Card และรหัสรับเงิน • Cash receipt at Counter Service by the Payee Only

เงื่อนไขขอรับเงินสดที่เคาน์เตอร์เซอร์วิส เฉพาะประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลเท่านั้น • Conditions of Cash receipt at counter service for only P.A. Policy

1. เฉพาะการจ่ายเงินไม่เกิน 10,000 บาท ต่อหนึ่งชื่อผู้รับเงิน โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องต้องใช้โทรศัพท์มือถือที่เปิดรับ SMS ทุกกรณี เพื่อรับรหัสรับเงิน
   Only payment not exceed THB 10,000 per payee and contact tel. with SMS no blocking and apply all time for receipt of OTP Code
2. รหัสรับเงินมีอายุใช้งาน 5 วันเท่านั้น หากไม่รับเงินสดตามกำหนดเวลา บริษัทฯ จะจ่ายค่าทดแทนเป็นเช็คเท่านั้นภายใน 10 วันทำการ นับถัดจากวันที่รหัสรับเงินหมดอายุใช้งาน และจะจัดส่งเช็คไปยังที่อยู่ที่ระบุไว้ข้างต้น
   OTP Code thru SMS is valid for 5 days only, if no Cash Receipt in time, it is to be auto-arranged to A/C Payee Cheque instead within 10 working days after the invalid OTP Code. Cheque will be sent to the mentioned address above.
3. กดรหัสรับเงินผิด 3 ครั้ง จะรับเป็นเงินสดไม่ได้ การจ่ายจะเป็นไปตามข้อ 2. • Miss Key OTP Code 3 times, cannot get Cash & Follow No. 2. above

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ • Permanent Disability/Dismemberment

☐ ใบรับรองแพทย์ • Doctor's Certificate
☐ ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ • Medical History & X-Ray Result
☐ รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย • Photo of Claimant and injured organ
☐ สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit
☐ สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต • Certified true copy of ID Card/Passport
☐ สำเนาเอกสารแสดงความพิการ • Document of Disabled Status
☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card
☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย • Certified true copy of Bank Book

ค่ารักษาพยาบาล • Medical Exps. (กรณีเบิกเงินชดเชยรายได้: ใช้เอกสารสำเนา)

☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง • Original Doctor's Certificate
☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย • Original receipt with details
☐ สำเนาประวัติการรักษากรณีผู้ป่วยใน • Copy Medical History Record for IPD
☐ สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit
☐ สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต • Certified true copy of ID Card/Passport
☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card
☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย • Certified true copy of Bank Book

กรณีเสียชีวิต • Loss of Life

☐ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกเอกสาร • Certified true copy by related organization
☐ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ และผ่าศพ • Copy Autopsy Report & Dissection, if any
☐ สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล • Copy of Death Certificate
☐ ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ • Medical History & X-Ray result
☐ สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit
☐ สำเนาใบมรณะบัตร • Copy of Death Certificate
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ประทับ "ตาย" และของผู้รับประโยชน์ • Copy of Census Registration of the deceased with "Death" Record & the Beneficiary's
☐ สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ตของผู้เสียชีวิต และของผู้รับประโยชน์ • Copy of ID Card/Passport of the Deceased & the Beneficiary's
☐ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต และของผู้รับประโยชน์ • Copy of Name-Surname Change Certificate of Insured and Beneficiary
☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card
☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ • Certified true Copy of Bank Book

หมายเหตุ บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนตามความจำเป็น
Remark: Additional Documents may be requested if it is necessary)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความสัตย์จริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแสร้งทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมและยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที
I would certify that the foregoing statements are true in all respects. I accept and agree that if I have made any false or fraudulent statement or any suppression, distortion, concealment or untrue averment whatever, my right on this compensation is accepted and agreed to be absolutely and immediately lapsed.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลให้แก่บริษัทรับประกันภัยนี้ หรือผู้แทนทราบได้ทุกประการเพื่อประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้อง ข้างต้น อนึ่ง สำเนาเอกสารเพื่อการมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ไว้เป็นหลักฐานสำคัญ
In addition, I, hereby authorize any concerned physician who has medically examined me to disclose this insurer all information of medical history and related evidence. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original one for the purpose of investigation and adjudication my claim. My signature below is to certify all of this statement.

.....

(.....) ...../...../.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทน หรือผู้รับประโยชน์ • วันที่บันทึก • Record Date
Insured, Representative, Beneficiary

(Rev.01)