



หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ/PA. Claim Form

ชื่อผู้แจ้ง.....
วันที่แจ้ง.....

1) ชื่อ – สกุล.....อายุ (ปัจจุบัน).....ปี เลขที่กรมธรรม์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทร.....
สถานที่ทำงาน..... โทร.....
อาชีพ/ลักษณะงาน.....

2) วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....
สถานที่เกิดเหตุ.....
เหตุเกิดขึ้นอย่างไร.....
ชื่อ / ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....
มีการแจ้งความหรือไม่ ที่ใด.....

3) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
ตำแหน่งของการบาดเจ็บ.....
ลักษณะและขนาดของบาดเจ็บ.....

4) ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา.....
แพทย์ผู้รักษา.....
วิธีการรักษา.....
วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....

5) อาการปัจจุบัน.....
มีประกันร่วมกับบริษัทอื่น (โปรดระบุชื่อ และเลขที่กรมธรรม์).....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีต และปัจจุบัน เปิดเผย
รายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจทั้งหมดแก่บริษัท.....
หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....
(ผู้เอาประกันภัย)
วันที่/...../.....