

บริษัท ศรีอยุธยา เจเนอรัล ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

SRI AYUDHYA GENERAL INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

เลขที่ 898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 18 โซน A ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร.263-0335 โทรสาร.267-2502
898 Ploenchit Tower 18th Floor Zone A Ploenchit Rd., Bangkok 10330 Thailand. Tel. 263-0335 Fax : (662) 267-2502

แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

วันที่รับแจ้ง...../...../.....

Date of Receipt

ผู้รับแจ้ง

เลขที่.....

Received

เลขที่เคลม.....

Claimant No.

กรมธรรม์

Policy No.

นามผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต Name of Injured/Deceased	เพศ Sex	อายุ Age	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.
---	---------	----------	------------------------------

ที่อยู่ Address	โทรศัพท์ Tel.
--------------------	------------------

อาชีพ Occupation	หน้าที่ Duties	โทรศัพท์ที่ทำงาน Office Tel.
---------------------	-------------------	---------------------------------

ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง
Name and Address of Employer

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Time of Accident AM. PM.	น. PM.	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident
--	--	-----------	--

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด
Describe Accident in Detail

ท่านกำลังเรียกร้องค่าประกันหรือค่าทดแทนอื่นใดเนื่องจากการบาดเจ็บคราวนี้ด้วยหรือไม่?
Are you making any other Insurance or Compensation Claim as a result of this injury?

เรียกร้อง yes

ไม่ No.

ถ้าใช่
If yes

ชื่อบริษัท
Name of Company

ขณะเกิดอุบัติเหตุท่านกำลังเดินทางอยู่ใช่หรือไม่?
Were you Traveling?

ถ้าใช่
If so

จาก
From

ถึง
to

ระบุพาหนะ (บอกชื่อของ รถไฟ รถประจำทาง สายการบิน เลขหมายเที่ยวบิน ฯลฯ)
Exact Conveyance (State Name of Train, Bus, Airline, Flight Number, Etc.)

ระบอบาเจ็บที่ได้รับ
Describe Injury

แพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor	ที่อยู่ของแพทย์ Doctor's Address	บัตรคนไข้เลขที่ Patient Card No.
---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

ถ้าต้องเข้าโรงพยาบาล บอกชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล
If hospitalized. Give Name and Address of Hospital

ไม่สามารถทำงานอาชีพอย่างสิ้นเชิง Totally and Absolutely Disabled	ไม่สามารถทำงานอาชีพบางส่วน Partially Disable	ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล Confined to Hospital	จาก From	ถึง To
---	---	--	-------------	-----------

(แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกและส่งบริษัทประกันโดยเร็วที่สุด อย่างช้าไม่เกิน 30 วัน)

ลงนาม.....

Sign Here

ลายเซ็นของนายจ้าง

EMPLOYER'S SIGNATURE

ลงนาม.....

Sign Here

ลายเซ็นของผู้เรียกร้อง

CLAIMANT'S SIGNATURE

วันที่

DATE

AUTHORIZATION

ในมอบฉันตะ
ข้าพเจ้าขอมอบฉันตะให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใดซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการ เฝ้าปฎิบัติการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ในสังยา หรือการ รักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายใบมอบฉันตะนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

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

ลงนาม..... ตำบลที่อยู่.....

Sign Here

ผู้เรียกร้องค่าทดแทน (Claimant)

Address

สำคัญ : เพื่อการจ่ายค่าเสียหายได้รวดเร็ว โปรดแนบรายงานแพทย์ และใบเสร็จจากรักษาพยาบาลมาพร้อมแบบเรียกร้องนี้ โปรดเซ็นชื่อในใบมอบฉันตะข้างบนนี้ด้วย