



**ไทยประกันภัย**  
Thai Insurance | Since 1938

บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
34/3 อาคารไทยประกันภัย  
ซอยหลังสวน ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์ : 0 2652 0100  
โทรสาร : 0 2652 2872  
TIC Call Center : 0 2613 0123  
ทะเบียนเลขที่ 0107508000920

The Thai Insurance Plc.  
34/3 Thai Insurance Bldg  
Soi Langsuan, Ploenchit Rd, Lumpini,  
Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Tel : +66 2613 0100  
Fax : +66 2652 2872  
E-mail : tic@thains.com  
http://www.thains.com

**แบบแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาล ศัลยกรรม และอุบัติเหตุ**  
(สำหรับการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก)

กรอกโดยผู้เอาประกันภัย / ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง

<p>1. กรมธรรม์เลขที่ ..... ระยะเวลาคุ้มครอง ..... แผนประกันภัย .....</p> <p>ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย / ผู้บาดเจ็บ ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุ ..... ปี</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ใบขับขี่ <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เลขที่ .....</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....</p> <p>ท่านมีประกันชีวิต / สุขภาพ / อุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ( หากมีกรุณาระบุทุกกรมธรรม์ ) .....</p> <p>.....</p> <p>ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเนื่องจาก <input type="checkbox"/> การเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับเงินโดย <input type="checkbox"/> รับผ่านตัวแทน <input type="checkbox"/> กรุณาส่งเช็ค / ดราฟ ตามที่อยู่ด้านบน <input type="checkbox"/> โอนเข้า บัญชีธนาคาร .....</p> <p>..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....</p>																		
<p>2. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากการเจ็บป่วย</p> <p>2.1 อาการเจ็บป่วย .....</p> <p>2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล .....</p> <p>2.3 รายละเอียดของการรักษาแพทย์</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่</th> <th>ชื่อแพทย์ผู้รักษา</th> <th>ชื่อสถานพยาบาล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>แพทย์อื่นๆที่ให้คำปรึกษา .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>				วันที่	ชื่อแพทย์ผู้รักษา	ชื่อสถานพยาบาล	แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ .....	.....	.....	แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล .....	.....	.....	แพทย์อื่นๆที่ให้คำปรึกษา .....	.....	.....	แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต .....	.....	.....
วันที่	ชื่อแพทย์ผู้รักษา	ชื่อสถานพยาบาล																
แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ .....	.....	.....																
แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล .....	.....	.....																
แพทย์อื่นๆที่ให้คำปรึกษา .....	.....	.....																
แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต .....	.....	.....																
<p>3. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุ</p> <p>3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ ..... เวลา ..... น. สถานที่เกิดเหตุ .....</p> <p>3.2 อุบัติเหตุนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร .....</p> <p>3.3 ลักษณะการบาดเจ็บ .....</p> <p>3.4 อุบัติเหตุครั้งนี้มีการแจ้งความ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ณ สถานที่ตำรวจ ..... เมื่อวันที่ .....</p>																		
<p>4. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>4.1 ชื่อโรงพยาบาล ..... วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ..... วันที่ออกจาก ร.พ. ....</p> <p>4.2 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ..... แผนกที่เข้ารับการรักษา .....</p> <p>4.3 แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่ กรุณาระบุการวินิจฉัยโรค .....</p> <p>4.4 ได้รับการรักษาโดย <input type="checkbox"/> การฉายยา <input type="checkbox"/> การผ่าตัด <input type="checkbox"/> การฉีดยา .....</p> <p>4.5 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> เอกซเรย์ <input type="checkbox"/> ตรวจหัวใจ <input type="checkbox"/> ตรวจเลือด <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....</p> <p>4.6 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย ..... ที่โรงพยาบาล .....</p>																		
<p>5. สำหรับผู้เอาประกันภัยสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ท่านตั้งครรภ์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ อายุครรภ์ ..... สัปดาห์</p>																		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน ..... ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง

หากมีข้อสงสัย ติดต่อเจ้าหน้าที่ประสานโครงการ 02-428-4833-34 ต่อ 322 , 065-528-5861 หรือ ptn2center@ptninsurancebroker.com หรือ เจ้าหน้าที่ที่นำเสนอโครงการ

รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศก์

กรณีสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1. แบบแจ้งเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน (Claim Form )

2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ

3. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ

กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แนบประวัติการรักษา

4. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ หรือบัตรที่ทางราชการออกให้

5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารที่ต้องการโอนเงินค่าสินไหมทดแทน(ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)

หมายเหตุ กรณีผู้เยาว์ ประสงค์โอนเงินค่าสินไหมเข้าบัญชี/มารดา ให้แนบสำเนาสูติบัตร

กรณีเสียชีวิต

1. แบบแจ้งเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน ( Claim Form )

2. ประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มเกิดเหตุจนกระทั่งเสียชีวิตทุกโรงพยาบาล (กรณีมีการรักษาก่อนเสียชีวิต)

3. บันทึกประจำวันตำรวจทุกข้อและผลคดี

4. รายงานชันสูตรพลิกศพฉบับสมบูรณ์ (ระบุเลขที่หนังสือ)

5. หนังสือรับรองการตาย

6. ใบมรณบัตร

7. สำเนาบัตรประชาชน+ทะเบียนบ้านประทับตรา "ตาย" ของผู้เอาประกัน

8. สำเนาบัตรประชาชน+ทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ที่ระบุในกรมธรรม์/ทายาทตามกฎหมาย/ผู้จัดการมรดก

9. กรณีกรมธรรม์ระบุผู้รับผลประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย - หนังสือแสดงตนเป็นทายาทตามกฎหมาย

หมายเหตุ เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ /ทายาทตามกฎหมาย/ผู้จัดการมรดก

กรณีสูญเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1. แบบแจ้งเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน ( Claim Form )

2. บันทึกประจำวันตำรวจ

3. ประวัติการรักษาทุกโรงพยาบาล

4. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุสาเหตุและความพิการ

5. เอกสารรับรองความพิการ

6. สำเนาบัตรคนพิการ

7. รูปถ่ายเต็มตัวที่เห็นอาการบาดเจ็บชัดเจน อย่างน้อย 2 ใบ

8. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ, สำเนาบัตรประกันภัย หรือบัตรที่ทางราชการออกให้

หมายเหตุ เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้อง โดยผู้เอาประกันภัย

หากมีข้อสงสัย ติดต่อเจ้าหน้าที่ประสานโครงการ 02-428-4833-34 ต่อ 322 , 065-528-5861  
หรือ ptn2center@ptninsurancebroker.com หรือ เจ้าหน้าที่นำเสนอโครงการ