



แบบเรียกร้องสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ Personal Accident Claim Form

เลขกรมธรรม์
Policy No.

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ขอให้ท่าน 1. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มฉบับนี้ให้ครบถ้วน 2. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่มีการระบุในด้านท้ายเอกสารฉบับนี้ 3. นำส่งเอกสารทั้งหมดให้กับบริษัทฯ โดยเร็ว ขอขอบคุณ

To speed up the process, please (1) Complete this form, (2) Prepare the relevant documents listed on page two, and (3) Mail them to AXA Office as soon as possible. Thank you.

A รายละเอียดผู้เอาประกันภัย Insured details			
ชื่อ-นามสกุล Full name			
เบอร์โทรศัพท์มือถือ Mobile No.		อีเมล Email	
ที่อยู่สำหรับติดต่อ Correspondence address			
B รายละเอียดของการรับสินไหม ข้าพเจ้าขอรับสินไหม โดย I would receive the claim by			
โอนเข้าบัญชี (ตามสมุดบัญชีที่แนบท้าย) Via account			
เช็คสั่งจ่ายในนาม Cheque to the name of	รับเช็คโดย By	☐ ผ่านตัวแทน/โบรกเกอร์ Agent/Broker	☐ ส่งตามที่อยู่ด้านบน Address above
C รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ Accident & injury details			
วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Date and time of accident	วันที่ Date	สถานที่เกิดเหตุ location of accident	
	เวลา Time		
ลักษณะความเสียหาย Type of loss	☐ ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total permanent disability ☐ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Accidental death ☐ ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Total temporary disability ☐ ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน Partial temporary disability		
รายละเอียดของอุบัติเหตุ Description of accident			
รายละเอียดการบาดเจ็บ เช่น ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล Description of injury sustained (e.g. body part injured, injury type)			ท่านเคยบาดเจ็บที่ตำแหน่งนี้หรือไม่ Have you injured the same part before? ☐ ใช่ Yes ☐ ไม่ใช่ No
ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยอื่นที่คุ้มครองอุบัติเหตุครั้งนี้ด้วยหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ Do you have other insurance covering this injury? If yes, please provide	บริษัทประกันภัย Insurance Company	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.	
	วันเริ่มความคุ้มครอง Commencement ate	จำนวนเรียกร้องค่าสินไหม Claim amount	

D คำประกาศ Declaration

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใดซึ่งกระทำการตรวจและรักษาผู้บาดเจ็บ/ผู้เสียชีวิตมีอำนาจแจ้งหรือให้ข้อมูลต่อบริษัทฯ หรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาเภสัชกร หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของผู้เสียชีวิตได้อันนี้ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่ามียกบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured person or the deceased, 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

ลงชื่อ _____
Signature

ผู้รับประโยชน์/ผู้จัดการมรดก
Beneficiary / Administrator

ลงชื่อ _____
Signature

พยาน
Witness

วันที่ _____
Date

วันที่ _____
Date

E คำรับรองและคำขออนุญาต Declaration and authorization

[คำรับรอง] ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุดังกล่าวต่อบริษัทฯ

[Declaration] I/We hereby declare that the above statements and facts are true, copies of documents are identical with the original one, and that I/We have not withheld from the company, any information within my/our knowledge connected with the accident.

วันที่ _____
Date

ลงนามผู้เรียกร้อง _____
Signature of claimant

[นโยบายความเป็นส่วนตัว] ท่านยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และ ตกลงให้บริษัท แอ็กซ่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) และบริษัทในเครือ รวบรวม ใช้ และจัดเก็บ ข้อมูลของท่าน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการแก่ท่าน และ/หรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดย บมจ.แอ็กซ่า ประกันภัย จะใช้ข้อมูลของท่านในการปรับปรุง และจัดเตรียมบริการให้ท่าน และจะไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตวันแต่จะเป็นตามที่กฎหมายกำหนด หากท่านไม่ประสงค์ให้ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลข้างต้น โปรดติดต่อพนักงานของ บมจ.แอ็กซ่าประกันภัย

[Customer's data Privacy clause] You confirm the accuracy of this information and agree what AXA insurance Public Company Limited and its affiliates may collect, use and retain your information gathered as part of the service that are produced to you and/or for direct marketing purposes and in this connection. AXA Insurance PCL may use this information to improve or provide customized services to you and will not disclose this information to unauthorized person except legal/regulatory requirements. if you do not agree on the above, please contact AXA staff.

เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน Document required for claim settlement

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

Below is a list of minimum documentation required to process your claim. In certain circumstances, More information may be required to substantiate the claim.

ประเภทของความเสียหาย Type of loss/Accident	เอกสารที่จำเป็น (โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) Documents required (Please tick against the documents you have submitted.)
เอกสารประกอบทุกกรณี Basic for all types	☐ แบบเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ Personal accident claim form ☐ ใบรับรองแพทย์ Medical certificate ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (หรือผู้รับประโยชน์ กรณีเสียชีวิต) Copy of identification card of the Insured or beneficiary (in case of accident death) ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม Copy of bank book for transfer the claim settlement
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Personal accident	☐ ใบมรณบัตร Death certificate ☐ รายงานชันสูตรพลิกศพและสำเนาทะเบียนประจำวันของตำรวจ Copy of autopsy report and police daily report
การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรืออวัยวะพิการ Dismemberment, loss of sight or disability	☐ รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย Photograph of overall and position of injury ☐ สำเนาประวัติการรักษา Copy of medical record
ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses	☐ ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกจ่ายค่ารักษาพยาบาล Original receipts and statement