

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

Personal Accident Insurance – Death Claim Only

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ Name of Policyholder	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.	
ที่อยู่ Address	โทรศัพท์ Telephone	
ชื่อผู้เสียชีวิต Name of Injured Person	อายุ Age	
ที่อยู่ Address	โทรศัพท์ Telephone	
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time	สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident
ระบุสาเหตุการเสียชีวิต Cause of Death		

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด
Please explain how the accident occurred

.....

.....

กรณีการเสียชีวิต โปรดระบุ In case of death, please specify

ชื่อผู้เรียกร้อง Claimant	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน Relationship with Insured
ที่อยู่ Address	โทรศัพท์ Telephone

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ สำหรับการรักษาพยาบาล () ครั้งแรก () ต่อเนื่อง
This medical claim is for First time treatment Follow up treatment

การจ่ายค่าสินไหมทดแทน จะเป็นไปตามที่ระบุในกรมธรรม์ฯ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง โปรดระบุ
Claim settlement will be made under the name of insured person or beneficiary as specified in the policy.
In case of a change, please specify

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้อง
I warrant that the above statements and particulars are correct and complete.

วันที่
Date.....

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง
Signature of Claimant

เอกสารที่ต้องแนบเพื่อประกอบการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหม

กรณีบาดเจ็บ : ใบรับรองแพทย์ ระบุอาการ การวินิจฉัย และการรักษา
ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล
ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล เพื่อแสดงรายการตามที่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (กรณีคนไข้ใน)

กรณีเสียชีวิต : สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ
สำเนาใบมรณบัตร
สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ และ รายงานความเห็นของแพทย์
สำเนารายงานการผ่าศพ (จากสถาบันนิติเวช)
รายงานการรักษาของแพทย์ (หากเสียชีวิตระหว่างการรักษา)
สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต
เอกสารแสดงความเกี่ยวข้องกันระหว่างผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์
เช่น หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ สำเนาทะเบียนสมรส เป็นต้น
สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

หมายเหตุ : การจัดส่งเอกสารในรูปสำเนา จะต้องมีการรับรองเอกสารถูกต้อง โดยทางราชการ หรือ ผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้องทุกครั้ง
ในกรณีที่เอาประกันไว้ในนามบริษัท และไม่มีระบุรายชื่อผู้เรียกร้อง หรือ ผู้เสียชีวิตในกรมธรรม์ จำเป็นที่ผู้เรียกร้องจะต้องส่งหนังสือรับรองการเป็นพนักงานบริษัทมา เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย

เพื่อป้องกันการล่าช้าในการพิจารณาในกรณีที่ต้องการข้อมูลการรักษาเพิ่มเติม โปรดลงนามมอบฉันทะท้ายรายการนี้

ใบมอบฉันทะ Authorization

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือ ผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจถึง การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือ การรักษา และ สำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือ การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company, FPG Insurance (Thailand) Public Company Limited, or its authorized representative, any all information with respect to any illness or injury, medical history, consultations, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records that are related to this claim.

A photo copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

วันที่

Date

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง

Signature of Claimant