



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

The Dhipaya Insurance Public Company Limited

63/2 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร.(02) 248 0059 ต่อ 2410, 2413 โทรสาร : (02) 643 2951

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

นาม Name	เพศ ☐ ชาย (M) Sex ☐ หญิง (F)	อายุ Age	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.
ที่อยู่ Address			โทรศัพท์ Tel.
อาชีพ Occupation			ตำแหน่ง/หน้าที่ Duties
ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง Name & Address of Employer			โทรศัพท์ Tel.
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Time of Accident	น. Hrs.	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident
บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด Describes Accident in Detail			
ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุระหว่างการเดินทางโปรดระบุพาหนะ (รถไฟ,รถประจำทาง,สายการบิน,เลขหมายเที่ยวบิน ฯลฯ) Exact Conveyance (State Name of Train,Bus,Airline,Flight Number, Etc.)			
ระบุนาการที่ได้รับบาดเจ็บ Describe Injury			
ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล If hospitalized,give name and address of hospital		ชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor	
		บัตรคนไข้เลขที่ Patient Card No.	
		ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล Confined to Hospital	
ในกรณีที่มีการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่น โปรดระบุ		จากวันที่ From	ถึงวันที่ To
หนังสือยินยอม ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และ รักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของ โรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ		Authorization I here by authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me to turnish 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 Sign Here		วัน Date	
ลายเซ็นของผู้เรียกร้อง/ผู้บาดเจ็บ Claimant's signature			
หลักฐานประกอบ ใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับ) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ) สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)		Documents Required Medical report (Original) Medical expenses invoice (Original) I.D. Card (copy) Police report (copy, if any)	
ต้องกรอกแบบฟอร์มนี้และส่งบริษัทประกันโดยเร็วที่สุด อย่างช้าไม่เกิน 30 วัน		COMPLETE THIS FORM AND SUBMIT TO INSURER WITHIN 30 DAYS	