



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 <input type="checkbox"/> ชาย (M) <input type="checkbox"/> 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			
ใบรถที่เกิดอุบัติเหตุระบุวงกรมเดินทางไปรถประเภทอะไร (รถไฟ,รถประจำทาง,สายการบิน,เลขทหายเที่ยวบิน ฯลฯ) Exact Conveyance (State Name of Train,Bus,Airline,Flight Number, Etc.)			
ระบอบอาการที่ได้รับบาดเจ็บ 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
<p align="center">หนังสือยินยอม</p> <p>ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาลแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงกรณเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือกามแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมที่ให้อี้อว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ</p>		<p align="center">Authorization</p> <p>I here by 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</p>	
ลงนาม Sign Here	ลายเซ็นของผู้เรียกร้อง/ผู้บาดเจ็บ Claimant's signature	วันที่ Date	
<p align="center">หลักฐานประกอบ</p> <p>ใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับ) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ)</p>		<p align="center">Documents Required</p> <p>Medical report (Original) Medical expenses invoice (Original)</p>	