

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ACCIDENT / ILLNESS CLAIM FORM

- ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses  เสียชีวิต Accidental Death  ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total Permanent Disability  สูญเสียอวัยวะ Dismemberment  
 ค่าชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล Compensate for hospital income  อื่นๆ Other.....

1. ชื่อนามสกุลผู้เอาประกันภัย Insured Name..... เพศ Sex  ชาย Male  หญิง Female อายุ Age ..... ปี Yrs  
 วันเดือนปีเกิด Date of Birth ...../...../..... หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขหนังสือเดินทาง ID/Passport Number .....  
 กรมธรรม์เลขที่ Policy No..... ผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder..... โทรศัพท์ Telephone ..... Email.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address .....

2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Illness  ผู้ป่วยนอก (OPD)  ผู้ป่วยใน (IPD)  อื่นๆ (Other).....  
 2.1 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../.....  
 วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../.....  
 2.2 อาการเจ็บป่วย Symptoms..... วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย First date of symptoms ...../...../.....  
 2.3 ผลการวินิจฉัยของแพทย์ Diagnosis..... โรคประจำตัว Underlying diseases .....  
 เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่ When did you know?..... รักษาที่ใด Where treatment? .....

3. กรณีอุบัติเหตุ/ อุบัติเหตุจลาจล/ ถูกทำร้ายร่างกาย/ จราจล/ ก่อการร้าย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Accident, Assault, Riot or Terrorism  
 3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ Accident Date ...../...../..... เวลา Time ..... สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of accident.....  
 3.2 อธิบายรายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ Cause of accident, please description .....  
 3.3 อวัยวะตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะบาดแผล Nature of wound and injured organs.....  
 3.4 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../.....  
 วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../.....  
 3.5 อุบัติเหตุครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ Has this accident ever been preserved?  ไม่เคย No  เคย Yes รักษาที่ Where of treatment.....  
 ..... เมื่อวันที่ Date of treatment ...../...../..... (โปรดแนบการรักษา Please, attached documents)  
 3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ Alert the police  ไม่มี No  มี Yes สถานีตำรวจ Police Station..... วันที่ Date ...../...../.....  
 3.7 มีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ Measure alcohol level  ไม่มี No  มี Yes  
 ผลตรวจมีค่า Alcohol Level .....mg% (โปรดแนบผลการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด Please, attached result)

4. กรณีที่เป็นสตรี ท่านมีการครรภ์หรือไม่ For female, are you pregnant?  ไม่ No  ใช่ Yes อายุครรภ์ Gestational age..... สัปดาห์ Wks

5. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย How to receive compensation  
 เช็ค Cheque  โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร Bank Transfer (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระผิดชอบของข้าพเจ้า If there are any charges, this is my responsibility.)  
 ประเภทบัญชี Bank Account Type ..... ธนาคาร Bank Name ..... สาขา Branch .....  
 ชื่อบัญชี Account Name ..... เลขที่บัญชี Account No .....  
 \*พร้อมกันนี้ให้สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์/ กระแสเงินสด/ เรียกว่าของผู้เอาประกันภัย\* Copy of Passbook in Thailand

6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอใบเสร็จต้นฉบับและใบรับรองแพทย์คืนเพื่อเบิกกับสวัสดิการอื่นๆ ที่อยู่จัดสงเอกสาร  ที่อยู่ตามบัตรประชาชน  ที่อยู่ระบุในเอกสารนี้  
 A request for the return of the original receipt and a medical certificate for other benefits  Yes  No, Address.....

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง และอนุญาตให้แพทย์โรงพยาบาล บริษัท ประกันภัยองค์กรสถาบันหรือบุคคลที่มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของฉัน  
 เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดต่อ บริษัท อคเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับเงินสำเนาหนังสือยินยอมนี้จะถือว่าฉันมีผลบังคับใช้อย่างสมบูรณ์  
 - I hereby certify that all statements are true. And allow doctors, hospitals, insurance companies, organizations, institutions, or individuals. Save my history of  
 illness or medical history. Disclose all facts to Southeast Insurance Public Company Limited or the payee. A copy of this consent is deemed to be fully effective.

ลงชื่อ Sign .....ผู้เอาประกันภัย Insured name  
 (.....)  
 วันที่ Date ...../...../.....  
 ลงชื่อ Sign .....ผู้กระทำการแทน Authorized representative  
 (.....)  
 วันที่ Date ...../...../.....  
 โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship .....

ส่งเอกสารเบิกเคลม  
 บริษัท อคเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 ฝ่ายสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพ (ชั้น 8)  
 เลขที่ 315 อาคารอคเนย์ ถ.สีลม แขวงสีลม  
 เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500