

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
Accidental and Health Insurance

ข้อมูลส่วนตัว

Personal Information

คำนำหน้า [] นาย [] นาง [] นางสาว ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย
 Title: Mr. Mrs. Ms. Insured First - Last Name

หมายเลขบัตรประชาชน/พาสปอร์ต กรมธรรม์เลขที่
 ID Card/Passport No. Policy No.

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
 Current Contact Address House No. Village No. Alley Street

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
 Sub-district District Province

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทร อีเมล
 Postal Code Insured Mobile No. E-mail

กรณีเป็นผู้กระทำการแทน ชื่อ - สกุล ความสัมพันธ์
 Authorized representative First - Last name Relationship

เบอร์โทร อีเมล
 Mobile No. E-mail

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องจาก

Type of Claim

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> กรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพการสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะและสายตา เนื่องมาจากอุบัติเหตุ
Loss of Life/ Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability from Accident | <input type="checkbox"/> กรมธรรม์มะเร็ง หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ
Cancer or Critical Illness |
| <input type="checkbox"/> กรณีชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล/ชดเชยกระดูกแตกหัก
Hospital Benefit / Broken Bone | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากอุบัติเหตุ กรณีผู้ป่วยใน
Transportation expenses due to an accident (inpatient case) |
| <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย
Medical Expense | <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ชั้นที่คุ้มครอง/ผลประโยชน์จากประกันภัยรถยนต์
Benefits under the motor insurance policy |
| <input type="checkbox"/> ค่าปลงศพ
Funeral expenses | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____
Other, please Specify |

วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ
 Date of Incident Time of Incident

สถานที่เกิดเหตุ
 Location of Incident

รายละเอียดที่เกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/เจ็บป่วย
 Description of Incident/Injury/Illness

กรณีเกิดเหตุจากยานพาหนะ รถยนต์ รถจักรยานยนต์ อื่นๆ ระบุ _____
 In case of Vehicle Incident Car Motorcycle Other, please Specify

ผู้เอาประกันเป็น ผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร ผู้ใช้ทางเท้า
 Status of Insured Driver Passenger Pedestrian

กรณีการแจ้งเหตุล่าช้า กรุณาระบุเหตุผล
 In case of Delayed Notification, please state

มีความประสงค์ขอรับค่าสินไหมโดย

I wish to receive the claim payment via

โอนเงินเข้าธนาคาร (หากมีค่าธรรมเนียมในการโอนเงิน ถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้า)
 Bank Transfer (Any applicable transfer fees are the responsibility of the claimant)

ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน
 Account Type Savings Current

ชื่อธนาคาร สาขา SMS แจ้งหมายเลข
 Bank Name Branch SMS Notification No.

ชื่อบัญชีผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ เลขที่บัญชี
 Account name (Insured/Beneficiary) Account No.

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทกรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) บริษัทในเครือ และ/หรือพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท เก็บรวบรวม (ทั้งจากข้าพเจ้าหรือแหล่งอื่น) ใช้ ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพย์สิน ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (Sensitive Data) (เช่น ประวัติการรักษา ข้อมูลสุขภาพ วิธีให้การรักษารักษาหรือบันทึกทางการแพทย์) เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือการซ่อมแซมทรัพย์สินของข้าพเจ้า คู่กรณี และ/หรือบุคคลภายนอก รวมถึงการชำระหรือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และ/หรือการซ่อมแซมทรัพย์สินที่สูญหายหรือเสียหาย หรือเพื่อใช้ประโยชน์ในกิจการของบริษัท ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบตกลง และยินยอมว่า บริษัท บริษัทในเครือ และ/หรือพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท มีสิทธิเก็บรวบรวม ใช้ ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ประกาศใช้ในปัจจุบัน หรือที่อาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขในภายหลัง ตามเว็บไซต์ www.kpi.co.th

I hereby agree and consent to Krungthai Panich Insurance Public Company Limited (“the Company”), its affiliates, and/or business partners, to collect (from me or other sources), use, process, and disclose my personal data. This includes, but is not limited to, property information and Sensitive Data (such as medical history, health data, treatment methods, or medical records) for the purposes of my medical treatment, repair of my property, the counterparty’s property, and/or third-party property. This also includes the settlement or claim of compensation related to medical treatment and/or the repair of lost or damaged property, or for the Company’s business operations. I acknowledge, agree, and consent that the Company, its affiliates, and/or business partners have the right to collect, use, process, and disclose my personal data in accordance with the Company’s Privacy Policy currently in effect or as may be amended in the future, as published on the website www.kpi.co.th

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้ บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนเป็นหนังสือทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับหรือด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์

I acknowledge and consent to the Company notifying me of the claim result in writing via registered mail or electronic means.

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการขอเอกสารประกอบการพิจารณาเพิ่มเติมตามความเหมาะสมตามลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การดำเนินการขอเอกสารประกอบตามข้างต้นนั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนของบริษัทฯ มิได้เป็นการยืนยันถึงความรับผิดชอบภายใต้กรมธรรม์จนกว่าจะตรวจสอบเอกสารและหลักฐานข้อเท็จจริงต่างๆ จะแล้วเสร็จ หากเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วน บริษัทฯ จะแจ้งผลการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนภายใน 10 วันทำการ โดยจะจัดส่งหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้กับผู้เอาประกันภัยเป็นหนังสือทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับหรือด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์

The Company reserves the right to request additional supporting documents as deemed appropriate based on the nature of the incident. The request for such documents is part of the Company’s claim consideration process and does not constitute confirmation of liability under the policy until all documents and facts have been fully reviewed. Once all supporting documents are complete, the Company will notify the claim result within 10 working days via registered mail or electronic means.

การชดเชยค่าสินไหมทดแทน บริษัทฯ จะทำการชดเชยให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์หรือผู้เอาประกันภัยภายใน 15 วันนับแต่วันที่การตกลงเป็นที่ยุติและบริษัทได้รับเอกสารครบถ้วน

Indemnity Payment: The Company will process payment to the beneficiary under the policy or the insured within 15 days of the date the settlement is finalized, and the Company has received all completed documents.

ลงนาม _____
Signature

(ลายมือชื่อผู้เรียกร้องสินไหม/ผู้กระทำการแทน)
(Signature of Claimant/ Authorized Representative)

วันที่ _____
Date

เอกสารประกอบการพิจารณาเรียกร้องสินไหม
Supporting documents for claim consideration

<p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)</p> <ol style="list-style-type: none"> สำเนาโฉมหน้าบัตรของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the insured's death certificate สำเนาหนังสือรับรองการตาย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the medical certificate of death สำเนารายงานประจำวันของคดีความทั้งหมด พร้อมรับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี A certified true copy of the police daily report/case report, certified by the officer in charge of the case สำเนาทะเบียนบ้านประทับตราตาย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the house registration with the deceased status officially recorded สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the insured's national ID card สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the beneficiary's national ID card สำเนารายงานชันสูตรศพ หรือรายงานผ่าพิสูจน์ศพ พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the autopsy report or post-mortem examination report กรณีไม่ระบุผู้รับประโยชน์ แนบหนังสือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก If no beneficiary is specified, please attach the court order appointing the estate administrator สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย A copy of the first page of the insured's bank passbook สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล Copy of medical treatment <p>กรณีรักษาพยาบาล (Medical Expense)</p> <ol style="list-style-type: none"> ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล Original medical expense receipts สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์ Medical certificate สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the insured's national ID card สำเนารายงานประจำวันของคดีทั้งหมดพร้อมรับรองสำเนา (กรณีมีคู่กรณี) A certified true copy of the police daily report/case report (in cases involving a third party) สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล Copy of medical treatment <p>กรมธรรม์มะเร็งและโรคร้ายแรงอื่นๆ (Cancer and Other Critical Illness Policy)</p> <ol style="list-style-type: none"> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the insured's national ID card สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์ ระบุตำแหน่ง/ประเภทของโรคมะเร็งและระยะของมะเร็งที่ตรวจพบ Copy of the medical report / medical certificate specifying the location/type of cancer and the stage of cancer diagnosed รายงานผลการตรวจชิ้นเนื้ออย่างละเอียดโดยห้องปฏิบัติการ Detailed pathology report issued by the laboratory สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล Copy of medical treatment records 	<p>กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะและสาวยตาจากอุบัติเหตุ (Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability from Accident)</p> <ol style="list-style-type: none"> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the insured's house registration สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the insured's national ID card สำเนารายงานประจำวันของคดีทั้งหมด พร้อมรับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี A certified true copy of the police daily report/case report, certified by the officer in charge of the case สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์/สำเนาเอกสารรับรองความพิการ Copy of the medical report / medical certificate / disability certification document ภาพถ่ายผู้เอาประกันภัย แสดงความทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะนั้นๆ Photographs of the insured showing the disability or loss of limb(s) สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล Copy of medical treatment <p>กรณีชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital Benefit)</p> <ol style="list-style-type: none"> สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลและใบสรุปหน้าบ Copy of medical expense receipts and discharge summary สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์ระบุสาเหตุและระยะเวลาการรักษาพยาบาล Copy of the medical report / medical certificate specifying the cause and period of hospitalization สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา A certified true copy of the insured's national ID card สำเนารายงานประจำวันของคดีทั้งหมด พร้อมรับรองสำเนาจากร้อยเวรเจ้าของคดี A certified true copy of the police daily report/case report certified by the officer in charge of the case สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล Copy of medical treatment <p>กรมธรรม์ขับขี่รถจักรยานยนต์ (Benefits under the motor insurance policy)</p> <ol style="list-style-type: none"> สำเนาทะเบียนรถยนต์ Copy of the vehicle registration certificate ใบแจ้งซ่อมของบริษัทประกันภัยคู่กรณี Repair claim form issued by the third party's insurance company แบบฟอร์มแจ้งอุบัติเหตุ ที่ระบุสาเหตุการเกิดเหตุชัดเจน Accident report form clearly stating the cause of the accident รายงานประจำวัน ระบุสาเหตุ, ทะเบียนรถยนต์คู่กรณีชัดเจน Police daily report clearly specifying the cause of the accident and the third party vehicle registration number เอกสารหลักฐานที่แสดงว่ารถยนต์คันที่เอาประกันภัย ได้เข้าซ่อมแซมที่อู่/ศูนย์ Documents/evidence showing that the insured vehicle was repaired at a garage or service center สำเนาใบเสร็จรับเงินจากอู่หรือศูนย์ซ่อม (ถ้ามี) Copy of the receipt issued by the garage or repair center (if any) ภาพถ่ายความเสียหายก่อนนำรถซ่อม Photographs of the vehicle damage before repair
---	--

ข้อเสนอแนะ
Recommendations

- บริษัทฯ อาจเรียกขอเพิ่มเติมเอกสารอื่น
The Company may request additional documents
- เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการเรียกร้องสินไหม กรุณาแนบเอกสารให้ครบทุกรายการ
To ensure convenience and prompt claim processing, please submit all required documents completely.