



บริษัท ไทยพัฒนาประกันภัย จำกัด (มหาชน)

THAI PATTANA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

เลขที่ 34 ซอยสุขุมวิท 4 (นานาใต้) ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110

34 Soi Sukhumvit 4 (Nana-Tai) Sukhumvit Road, Klongtoey, Klongtoey, Bangkok 10110

Tel. 0-2253-4141, 0-2253-4343 Fax. 0-2253-0550, 0-2254-5500

Claim No.

เรื่องเรียกร้องค่าทดแทนที่.....

แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ
ACCIDENT CLAIM FORM

กรมธรรม์เลขที่
Policy No.

นาม Name	เพศ Sex	อายุ Age
-------------	------------	-------------

ตำบลที่อยู่ในประเทศ Local Address

ตำบลที่อยู่ต่างประเทศ ถ้ามี Foreign Address, If any
--

ชื่อและตำบลที่อยู่ของนายจ้าง Name and Address of Employer	อาชีพ Occupation
--	---------------------

หน้าที่ Duties	ระดับชั้นเรียน Grade
-------------------	-------------------------

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Time of Accident A.M. P.M.	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident
--	--	--

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด
Describe Accident in Detail

ท่านกำลังเรียกร้องค่าประกันหรือค่าทดแทนอื่นใดเนื่องจากการป่วยคราวนี้หรือไม่ ? Are you making any other Insurance or Compensation Claim as a result of This illness ☐ เรียกร้อง YES ☐ ไม่ NO	ชื่อบริษัท Name of Company
---	-------------------------------

ขณะเกิดอุบัติเหตุท่านกำลังเดินทางอยู่หรือไม่ ? Were you Traveling ?	ถ้ากำลังเดินทางอยู่ จาก If so From	ถึง To
--	---------------------------------------	-----------

ระบุพาหนะ (บอกชื่อของ รถไฟ รถประจำทาง สายการบิน เลขหมายเที่ยวบิน ฯลฯ)
Exact Conveyance (State Name of Train, Bus, Airline, Flight Number, Etc.)

ระบุบาดเจ็บที่ได้รับ
Describe Injury

แพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor	ตำบลที่อยู่ของแพทย์ Doctor's Address
---------------------------------------	---

ถ้าต้องเข้าโรงพยาบาล บอกชื่อและตำบลที่อยู่ของโรงพยาบาล
If Hospitalized, Give Name and Address of Hospital

ไม่สามารถทำงานอาชีพอย่างสิ้นเชิง Totally and Absolutely Disabled จาก ถึง From To	ไม่สามารถทำงานอาชีพบางส่วน Partially Disabled จาก ถึง From To	ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล Confined to Hospital จาก ถึง From To
---	--	--

สำคัญ : เพื่อป้องกันการล่าช้า โปรดลงนามมอบฉันทะท้ายรายการนี้
IMPORTANT : To avoid delay. Please Sign Authorization at Bottom of Report.

ลายเซ็นของผู้เรียกร้อง CLAIMANT'S SIGNATURE

ใบมอบฉันทะ AUTHORIZATION

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้ โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใดซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby 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.

ADDRESS (4051) ตำบลที่อยู่	ลงนาม SIGN HERE	ผู้เรียกร้องค่าทดแทน (CLAIMANT)
-------------------------------	--------------------	---------------------------------