

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ กรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพ

กรุณารกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการพิจารณาใช้ค่าสินไหมทดแทน

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์.....กรมธรรม์เลขที่.....
ชื่อผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
ลักษณะการเกิดเหตุ.....

ผลของอุบัติเหตุ ทำให้ () เสียชีวิต () ทุพพลภาพถาวร () สูญเสียอวัยวะ/ตา/มือ/เท้า หนึ่งข้าง
() สูญเสียสายตาทั้งสองข้าง () สูญเสียมือหนึ่งข้างและสายตาดูหนึ่งข้าง
() สูญเสียมือทั้งสองข้าง () สูญเสียเท้าหนึ่งข้างและสายตาดูหนึ่งข้าง
() สูญเสียเท้าทั้งสองข้าง () สูญเสียมือหนึ่งข้างและเท้าหนึ่งข้าง
() อื่น.....

สาเหตุแห่งความสูญเสีย () ฆาตกรรม () อุบัติเหตุทางรถยนต์ () อุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์

กรณีเสียชีวิต

- () หนังสือรับรอง/บัตรประจำตัว สถานศึกษา
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้เสียชีวิต
- () สำเนาใบมรณบัตรและหรือหนังสือรับรองการตาย
- () สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการแจ้งตาย
- () สำเนาใบชันสูตรพลิกศพและผลการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด
- () สำเนานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้รับประโยชน์
- () สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้รับประโยชน์

กรณีทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ

- () หนังสือรับรอง/บัตรประจำตัว สถานศึกษา
- () ต้นฉบับใบความเห็นแพทย์และหรือหนังสือรับรองความพิการ
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- () สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้เอาประกันภัย
- () ภาพถ่ายแสดงการทุพพลภาพถาวรและสูญเสียอวัยวะ ณ ปัจจุบัน
- () สำเนานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี
- () สำเนาประวัติการรักษาตั้งแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ
- () เอกสารอื่น (ระบุ).....

*** เอกสารประกอบที่เป็นสำเนาต้องลงลายมือชื่อกำกับและรับรองสำเนาทุกฉบับโดยผู้เอาประกัน หรือ ผู้รับประโยชน์***

รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ข้าพเจ้า นาย,นาง,นางสาว,ค.ช.,ค.ญ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ผู้ยื่นคำร้องขอรับค่าทดแทนในฐานะ () ผู้เอาประกันภัย () ผู้รับประโยชน์
() ทายาทโดยธรรมลำดับที่.....ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน โดยเป็น.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และสามารถยืนยันในชั้นศาลได้ หากการใดเป็นที่เจ้าเข้าใจได้รับผิดชอบ และให้ทาง
บริษัท ดำเนินการได้ตามกฎหมาย เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ และยินยอมให้แพทย์สถานพยาบาลที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติ
การเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับ
นี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ข้าพเจ้ายินดีรับเช็คค่าสินไหมทดแทนที่ บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เป็นผู้จ่ายจาก บริษัท เมืองไทย
แลปปีดอล จำกัด (มหาชน) ที่สาขา ใกล้บ้าน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้องขอ
(.....)
ลงวันที่.....