



King Wai Insurance Public Company Limited
 968 U Chuliang Building 15th Floor, Rama IV Road,
 Silom, Bangrak 10500, Thailand | (662) 624 1000
 Claims.thailand@kwgi.co.th

บริษัท คิง ไว ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 968 อาคารอ็อลจือเหลียง ชั้น 15 ถนนพระราม 4
 แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
 www.kwgi.co.th

**แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ
 (ACCIDENT CLAIM FORM)**

คำสำคัญ : เพื่อการจ่ายค่าเสียหายได้รวดเร็ว โปรดแนบรายงานแพทย์และใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลตัวจริงมาพร้อมแบบเรียกร้องคั้งนี้

กรมธรรม์เลขที่ Policy No.		
ชื่อผู้เรียกร้องค่าเสียหาย Name of Claimant	อายุ Age	โทรศัพท์ Tel.
ที่อยู่ Address		
ชื่อผู้เอาประกันภัย Name of Person Insured	อายุ Age	โทรศัพท์ Tel.
ที่อยู่ Address		
ความสัมพันธ์ Relationship		
ชื่อของนายจ้าง Name of Employer	ธุรกิจ Business	
ที่อยู่ Address		
อาชีพ และตำแหน่งหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยโดยละเอียด Occupation and Duty of Person Insured in detail		
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Time of Accident	สถานที่เกิดเหตุ Place of Accidental
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		บริษัท Name of Company
ขณะเกิดอุบัติเหตุผู้เอาประกันภัยกำลังเดินทางอยู่หรือไม่? ถ้ากำลังเดินทางอยู่ จาก ถึง Was the person n Insured? If so From To		
ระบุพาหนะ (บอกชื่อรถไฟ, รถประจำทาง, สายการบิน, เลขที่ขบวนเที่ยวบิน, ฯลฯ) Exact Conveyance (State Name of Train, Bus, Airline, Flight number, ETC.)		
ระบุนาบาดเจ็บที่ได้รับ Describe Injury		
แพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor	คำบลที่อยู่ของแพทย์ Doctor's Address	
ถ้าต้องเข้าโรงพยาบาล, บอกชื่อและตำบลที่อยู่ของโรงพยาบาล If Hospitalized, Give Name and Address of Hospital		
ไม่สามารถทำงานอาชีพอย่างสิ้นเชิง Totally and Absolutely Disabled	ไม่สามารถทำงานอาชีพบางส่วน Partially Disabled	ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล Confined to Hospital
จาก ถึง From To	จาก ถึง From To	จาก ถึง From To

(แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกและส่งบริษัทประกันโดยเร็วที่สุด อย่างช้าไม่เกิน 30 วัน)

หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย หากได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

AUTHORIZATION

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

ลงนาม _____

SIGN HERE

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย วันที่
INSURED'S SIGNATURE DATE :

ลงนาม _____

SIGN HERE

ลายเซ็นของผู้เรียกร้องผู้บาดเจ็บ วันที่
CLAIMANT'S SIGNATURE DATE :