



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคล

เพื่อการเรียกร้องสินไหมของท่านจะได้รับการชดใช้เร็วขึ้น ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 และให้แพทย์เป็นผู้กรอกส่วนที่ 3 และส่งแบบฟอร์มนี้กลับมายังบริษัท

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกัน

1. ชื่อ และนามสกุล ของผู้เอาประกัน _____
2. ที่อยู่ของผู้เอาประกัน _____

3. อาชีพ _____ วัน เดือน ปี เกิด _____
4. หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) _____ (ที่ทำงาน) _____
5. กรมธรรม์เลขที่ _____

รายละเอียดของผู้บาดเจ็บ

6. ชื่อ และ นามสกุล ของผู้บาดเจ็บ _____
7. ที่อยู่ ของผู้บาดเจ็บ _____
8. วันแรกthatไปพบแพทย์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน _____
9. โทรศัพท์ (บ้าน) _____ (ที่ทำงาน) _____
10. โปรดระบุกรมธรรม์อื่นๆ ที่ท่านมีอยู่ _____

รายละเอียดของอุบัติเหตุ

11. สถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ _____
12. วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลา _____
13. รายละเอียดของอุบัติเหตุรวมทั้งสาเหตุ _____

14. ชื่อ ที่อยู่ และ หมายเลขโทรศัพท์ ของพยาน _____

15. ในกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์ โปรดให้รายละเอียดของรถ : ยี่ห้อ _____
หมายเลขทะเบียน _____

16. กรณีอุบัติเหตุรถยนต์ ท่านได้แจ้งเรื่องต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่ แจ้ง ไม่แจ้ง
17. อุบัติเหตุเกิดที่ทำงานหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
18. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้บาดเจ็บ _____ วันที่ _____

(หากผู้บาดเจ็บอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ลงชื่อผู้เรียกร้องแทน)

ส่วนที่ 2

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ โดยผู้บาดเจ็บ (หรือ ผู้ปกครอง ถ้าผู้บาดเจ็บเป็นผู้เยาว์) ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ไอเอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด ได้รับข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าจากแพทย์ใดๆ ผู้ทำการตรวจรักษาในเรื่องใดก็ตามที่มีผลต่อสุขภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่า การถ่ายเอกสาร หรือ การโทรสารของเอกสารยินยอมฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตามกฎหมายเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้บาดเจ็บ _____ วันที่ _____

ส่วนที่ 3 ใบรับรองแพทย์

กรอกโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว _____

ได้รับการตรวจ/รักษา ที่โรงพยาบาล _____

จากวันที่ _____ ถึงวันที่ _____

1. โปรดระบุอาการบาดเจ็บ _____

2. ท่านคิดว่าอาการบาดเจ็บครั้งนี้เป็นผลมาจากอุบัติเหตุเพียงอย่างเดียว หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
ถ้าไม่ใช่กรุณาให้รายละเอียด _____

3. ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา _____ ตำแหน่ง _____

4. ชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

5. วันที่ _____