



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้
แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 ประเทศไทย
โทรศัพท์: +662 624 1000 | โทรสาร: +662 238 0836
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0107556000019 | www.kwii.com

KWI Insurance Public Company Limited
43 Thai CC Tower, 33rd Floor, South Sathorn Road,
Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120, Thailand
Tel: +662 624 1000 | Fax: +662 238 0836
Juristic Identification No. 0107556000019 | www.kwii.com

แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ / เจ็บป่วย (ACCIDENT CLAIM FORM / ILLNESS CLAIM FORM)		
สำคัญ : เพื่อการจ่ายค่าเสียหายได้รวดเร็ว โปรดแนบรายงานแพทย์และใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลตัวจริงมาพร้อมแบบเรียกร้องดังนี้		
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? <input type="checkbox"/> เรียกร้อง Yes <input type="checkbox"/> ไม่ No		บริษัท Name of Company
ขณะเกิดอุบัติเหตุผู้เอาประกันภัยกำลังเดินทางอยู่หรือไม่? ถ้ากำลังเดินทางอยู่ จาก ถึง Was the person insured? If so From To		
ระบุพาหนะ (บอกชื่อรถไฟ, รถประจำทาง, สายการบิน, เลขที่มาเที่ยวบิน, ฯลฯ) Exact Conveyance (State Name of Train, Bus, Airline, Flight number, ETC.)		
ระบุนาการบาดเจ็บที่ได้รับ Describe Injury		
แพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor	ตำบลที่อยู่ของแพทย์ Doctor's Address	
ถ้าต้องเข้าโรงพยาบาล, บอกชื่อและตำบลที่อยู่ของโรงพยาบาล If Hospitalized, Give Name and Address of Hospital		
ไม่สามารถทำงานอาชีพอย่างสิ้นเชิง Totally and Absolutely Disabled จากวันที่ ถึง From To	ไม่สามารถทำงานอาชีพบางส่วน Partially Disabled จากวันที่ ถึง From To	ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล Confined to Hospital จากวันที่ ถึง From To

(แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกและส่งบริษัทประกันโดยเร็วที่สุด อย่างช้าไม่เกิน 30 วัน)

หนังสือยินยอม

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

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

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย
INSURED'S SIGNATURE

ลายเซ็นของผู้เรียกร้อง/ผู้บาดเจ็บ
CLAIMANT'S SIGNATURE

ลงนาม _____
SIGN HERE
วันที่
DATE :

ลงนาม _____
SIGN HERE
วันที่
DATE :