



ไทยประกันภัย
Thai Insurance | Since 1938

บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

34/3 อาคารไทยประกันภัย ซอยหล่งสวน ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

The Thai Insurance PLC

34/3 Thai Insurance Bldg., Soi Langsuan, Ploenchit Rd., Lumpini, Patumwan, Bangkok, 10330, Thailand

บริการลูกค้าสัมพันธ์/TIC Call Center: 0-2613-0123

เว็บไซต์/Website: <https://www.thaains.com> อีเมล/Email: tic@thaains.com

โทร/Tel : 0-2613-0100 โทรสาร/Fax: 0-2652-2870-2

ทะเบียนการค้า/Business Registration No.: 0107536000820



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สำหรับนักเรียน/นักศึกษา (Student)

ส่วนที่ 1: รายละเอียดผู้เอาประกันภัย กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย Insured's Name	อายุ Age	ปี years	วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth
---	-------------	-------------	------------------------------------

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง
ID No./Passport No.

ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง
Full Address of Claimant

โทรศัพท์มือถือ Mobile No.	อีเมล E-mail
------------------------------	-----------------

ชื่อสถานศึกษา School	หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.
-------------------------	-------------------------------

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

วันที่เกิดอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งแรก Date that the injury or illness first occurred	ลักษณะอาการที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย Details of injury or illness
--	---

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time of Accident	สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident
--	-------------------------------------	--------------------------------------

กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด

เสียชีวิตเมื่อวันที่ Date of Death	เวลา Time of Death	สาเหตุการเสียชีวิต Cause of Death	สถานที่เสียชีวิต Country of Death
---------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ/สูญเสียการมองเห็น จากอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด

วันที่เริ่มทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ/สูญเสียการมองเห็น Date of first determined disability/dismemberment	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life
--	---

ข้าพเจ้าขอรับค่าสินไหมทดแทนโดย

- ☐ โอนเงินเข้าบัญชี พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชี.....
Transfer to the bank account of the insured or beneficiary and a copy of the bank book
- ☐ เช็ค ระบุชื่อสถานที่จัดส่ง.....
A/C Payee Cheque Delivery Address

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิได้มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ /Signature.....

()

ผู้เอาประกันภัย/บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามสัญญาประกันภัย

ความสัมพันธ์.....
Relationship

วันที่
Date