



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (WORRY FREE PA)

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....(ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูล ผ่านระบบ SMS)

ข้อมูลประกอบการพิจารณา

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....ใบรับรองเลขที่.....กรมธรรม์เลขที่.....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....รายละเอียดการเกิดเหตุ.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย

กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล เอกสารเพิ่มเติมดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย
2. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
3. ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)
4. สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (ถ้ามี)
5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (กรณีโอนเงิน)

กรณีสูญเสียอวัยวะ สิ้นสุด เอกสารเพิ่มเติมดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย
2. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สิ้นสุด
3. รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
4. สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (ถ้ามี)

กรณีเสียชีวิต เอกสารเพิ่มเติมดังนี้

1. หนังสือรับรองการประกันอุบัติเหตุกลุ่ม ๆ (ต้นฉบับ)
2. สำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย
3. ใบมรณบัตร
4. หนังสือแจ้งการหนีกับธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
6. สำเนาผลการผ่าชันสูตรพลิกศพจากโรงพยาบาล และสำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน
7. สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
8. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้รับผลประโยชน์
9. ประวัติการรักษา(OPD CARD)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออัคร์ สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล รายละเอียดอาการบาดเจ็บของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ์.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

วันที่.....

กรุณาจัดส่งเอกสาร/ติดต่อ : ฝ่ายสินไหมทั่วไป บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง

แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ โทร.0-2670-4444 ต่อ 6413 และ 6417 โทรสาร.0-2280-1439

ท่านสามารถแจ้งเคลมเบื้องต้น ได้ที่ www.deves.co.th menu: ระบบรับแจ้งเคลม และตรวจสอบสถานะได้ที่ menu: PA Claim Online

*** โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ของท่าน ***