



MSIG Insurance (Thailand) Co., Ltd.

1908 New Petchburi Road, Bangkok, Huay Kwang, Bangkok 10310  
Tel (66) 0-2318-8318 0-2319-1199 Fax (66) 0-2718-1502

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด

1908 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
www.msig-thai.com

QP-PAH-001 FM 002 Rev No 01  
Effective 09 11 06

## แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ประกันภัยอุบัติเหตุ PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

กรุณากรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์มด้านล่าง เราจะเร่งดำเนินการโดยเร็วเพื่อความพึงพอใจสูงสุดของท่าน  
Please complete the claim form below in full. We will process your claim as quickly as possible.

หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด โปรดติดต่อฝ่ายพัฒนาคุณภาพ If you have comments, please contact our Service Quality Department  
Tel: (66) 0-2718-8613 E-mail: servicequality@th.msig-asia.com

		กรมธรรม์เลขที่ Policy No _____	
1.	ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับบาดเจ็บ Name of Injured Person _____	อายุ (ปัจจุบัน) Age (Present) _____	ปี Years _____
	ที่อยู่ติดต่อได้ Current Address _____		
	โทรศัพท์ Telephone No _____	โทรศัพท์มือถือ Mobile Phone No _____	อีเมล E-mail _____
	โทรสาร Fax No. _____	อาชีพ / หน้าที่การงาน Occupation _____	
	บัตรประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ ID Card/Passport No _____	สถานที่ออกบัตร Issued at _____	วันหมดอายุ Expiry Date _____
2.	วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident _____	เวลา Time _____	น. Hrs. _____
สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident _____			
ลักษณะของการเกิดเหตุโดยละเอียด Details of how accident occurred _____ _____			
ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์ Name of eye-witness _____		โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Telephone No _____	โทรสาร Fax No. _____
มีการแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่ Were the police notified of the accident? <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes		ถ้า "มี" กรุณาระบชื่อสถานีตำรวจ If 'Yes', please give the name of the Police Station _____	
3.	อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะของบาดแผล Details of injury, wounds and injured organs _____		
4.	ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษาพยาบาล Name of hospital where the Injured Person was treated _____	วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก Date of first treatment _____	
	วิธีการรักษา The type of treatment given <input type="checkbox"/> โดยการให้ยา Medication <input type="checkbox"/> โดยการผ่าตัด Surgery <input type="checkbox"/> โดยการทำกายภาพบำบัด Physical Therapy <input type="checkbox"/> อื่นๆ Others _____		
	ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา The name of treating doctor _____	วันที่ออกจากสถานพยาบาล Date of discharge from hospital _____	
5.	ผู้ได้รับบาดเจ็บมีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากที่อื่นใดหรือไม่ Has the Injured Person made another claim related to this incident against any other party? <input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No		
ถ้ามี "มี" กรุณาแจ้งรายละเอียด If 'Yes', please give details: _____			
6.	เอกสารที่แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุครั้งนี้คือ The following documents are attached to this Claim Form:		
	<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ) Original Receipt	<input type="checkbox"/> ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ) Summary of Medical Bills (Original)	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ / ใบรายงานแพทย์ Doctor's Certificate / Medical Reports
	<input type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ Police Report (Certified Copy)	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน ID Card (Certified Copy)	<input type="checkbox"/> อื่นๆ Others _____
7.	การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้เป็น This Claim is <input type="checkbox"/> การเรียกร้องครั้งแรก the first one made for treatment <input type="checkbox"/> การเรียกร้องต่อเนื่อง for follow-up treatment after receiving prior treatment		
8.	การนำส่งค่าสินไหมทดแทน The claim cheque / draft should be issued <input type="checkbox"/> ให้นำส่งตัวแทนที่บริการอยู่ through the agent / broker <input type="checkbox"/> ให้นำส่งผู้ได้รับบาดเจ็บโดยตรง directly to the Injured Person		
	ต้องการรับค่าสินไหมทดแทนเป็น <input type="checkbox"/> เช็ค cheque <input type="checkbox"/> ดราฟท์ สั่งจ่ายในนาม นาย / นาง / นางสาว Draft in favour of Mr./Mrs./Miss		
	กรณีเป็น ดราฟท์ โปรดระบุจังหวัดที่จะให้สั่งจ่าย In case of a draft, please specify where the draft will be drawn _____		

**คำรับรอง Warranty** ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
I declare that the above details are true to the best of any knowledge and belief

ลงชื่อ  
Signed \_\_\_\_\_

ผู้ได้รับบาดเจ็บ / ผู้เรียกร้องค่าสินไหมฯ  
Injured Person / Claimant \_\_\_\_\_

วันที่  
Date \_\_\_\_\_

# MEDICAL REPORT

1	The Patient's Name: _____ Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Age _____ (Years) ID. Card No. _____ HN _____ AN _____ XN _____ Admitted Date _____ Discharged Date _____ Duration of Stay _____ Days(s)
2	When did you first see the Patient about the injury? Date _____ Time _____ a.m. / p.m.
3	When did the incident happen? Date _____ Time _____ a.m. / p.m.
4	Probable cause of injury: _____
5	Please give your final diagnosis: _____
6	Please specify the nature of the injuries: _____
7	Has the Patient been seen or treated by other doctors or at other hospitals following the accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If 'Yes', please give details _____
8	Was the Patient under influence of alcohol or drugs the first time he / she came to the hospital? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9	Did you advise the Patient to stay in the hospital for the number of days specified on Item 1.? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If 'No', how long did you advise the Patient to stay? _____ Day(s)
10	Were there complications resulting in the patient needed to stay in the hospital longer than usual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If 'Yes', please give details: _____
11	Please give details of the medical treatment given or prescribed and tests performed, (Lab, X-ray, etc.): _____
12	Is any follow-up treatment necessary for the Patient after being discharged from the hospital? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If 'Yes', please give details of treatment needed _____
13	Additional comments, if any: _____

I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient in connection with the injuries described above and I have stated the facts to the best of my knowledge on his / her conditions.

Please PRINT your name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ License No. \_\_\_\_\_

Hospital's Rubber Stamp Here:

## ใบมอบฉันทะ AUTHORIZATION

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โยสัณยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish **MSIG Insurance (Thailand) Co., Ltd.** or its representatives with all information including medical history, consultation, prescriptions, treatment, and copies of all hospital and medical records that are related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

วันที่ \_\_\_\_\_ ลายเซ็น \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Signed \_\_\_\_\_

ผู้ได้รับบาดเจ็บ / ผู้เรียกร้องค่าสินไหมช  
Injured Person / Claimant