



แบบเรียกร้องสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ Personal Accident Claim Form

เลขกรมธรรม์
Policy No.

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ขอให้ท่าน 1. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มฉบับนี้ให้ครบถ้วน 2. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่มีการระบุในด้านท้ายเอกสารฉบับนี้ 3. นำส่งเอกสารทั้งหมดให้กับบริษัทฯ โดยเร็ว ขอขอบคุณ

to expedite your claim, please (1) complete this form, (2) prepare the relevant documents required in page two, and (3) submit them to AXA Office as soon as possible. thank you.

A รายละเอียดผู้เอาประกันภัย insured details			
ชื่อ-นามสกุล full Name	<input type="text"/>		
เบอร์โทรศัพท์มือถือ mobile No.	<input type="text"/>	อีเมล email	<input type="text"/>
ที่อยู่สำหรับติดต่อ correspondence address	<input type="text"/>		

B รายละเอียดของการรับสินไหม ข้าพเจ้าขอรับสินไหม โดย I would receive the claim by			
โอนเข้าบัญชี (ตามสมุดบัญชีที่แนบท้าย) via account	<input type="text"/>		
เช็คส่งจ่ายในนาม cheque to the name of	<input type="text"/>	รับเช็คโดย by	() ผ่านตัวแทน/โบรกเกอร์ agent/broker () ส่งตามที่อยู่ด้านบน address above

C รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ accident & injury details			
วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ date and time of accident	วันที่ date	สถานที่เกิดเหตุ location of accident	<input type="text"/>
	เวลา time		
ลักษณะความเสียหาย type of loss	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล medical expenses <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง total permanent disability <input type="checkbox"/> เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ accidental death	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง total temporary disability	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน partial temporary disability
รายละเอียดของอุบัติเหตุ description of accident	<input type="text"/>		
รายละเอียดการบาดเจ็บ เช่น ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล description of injury sustained (e.g. body part injured, injury type)	<input type="text"/>		ท่านเคยบาดเจ็บที่ตำแหน่งนี้หรือไม่ have you injured the same part before? <input type="checkbox"/> ใช่ yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ no
ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยอื่นที่คุ้มครองอุบัติเหตุครั้งนี้ด้วยหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ do you have other insurance covering this injury? If yes, please provide	บริษัทประกันภัย insurance company	กรมธรรม์เลขที่ policy no.	
	วันเริ่มความคุ้มครอง commencement date	จำนวนเรียกร้องค่าสินไหม claim amount	

D คำรับรองและคำอนุญาต declaration and authorization

- [คำรับรอง] ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ดังกล่าวต่อบริษัทฯ
- [declaration] I/we hereby declare that the above statements and facts are true, copies of documents are identical with the original one, and that I/We have not withheld from the company, any information within my/our knowledge connected with the accident.
- [คำอนุญาต] ข้าพเจ้าอนุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นที่ดูแลหรือตรวจอาการของข้าพเจ้าหรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ และทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การขอค่าปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษา และสำเนาของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด
- [authorization] I/we hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the injured person or the deceased, to furnish to the company, or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

วันที่ :

ลงนามผู้เอาประกันภัย : _____
signature of insured :

- [นโยบายความเป็นส่วนตัว] ท่านยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และ ตกลงให้บริษัท แอกซ่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) และบริษัทในเครือ รวบรวม ใช้ และจัดเก็บ ข้อมูลของท่าน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการแก่ท่าน และ/หรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดย บมจ.แอกซ่า ประกันภัย จะใช้ข้อมูลของท่านในการปรับปรุง และจัดเตรียมบริการให้แก่ท่าน และจะไม่เปิดเผยข้อมูลให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตแต่จะเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด หากท่านไม่ประสงค์ให้ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลข้างต้น โปรดติดต่อพนักงานของ บมจ.แอกซ่าประกันภัย
- [customer's data privacy Clause] you confirm the accuracy of this information and agree what AXA insurance Public Company Limited and its affiliates may collect, use and retain your information gathered as part of the service that are produced to you and/or for direct marketing purposes and in this connection. AXA Insurance PCL may use this information to improve or provide customized services to you and will not disclose this information to unauthorized person except legal/regulatory requirements. if you do not agree on the above, please contact AXA staff.

เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน documents required for claim settlement

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้
below is a list of minimum documentation required to process your claim. in certain circumstances, additional information may be required in order for further confirmation.

ประเภทของความเสียหาย type of loss/ accident	เอกสารที่จำเป็น (โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) documents required (please tick against the documents you have submitted.)
เอกสารประกอบทุกกรณี basic for all types	<input type="checkbox"/> แบบเรียกร้องค่าสินไหมประกันอุบัติเหตุ personal accident claim form <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ medical certificate <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (หรือผู้รับประโยชน์ กรณีเสียชีวิต) copy of identification card of the Insured or beneficiary (in case of accident death) <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม copy of bank book for transfer the claim settlement
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ accidental death	<input type="checkbox"/> ใบรณบัตร death certificate <input type="checkbox"/> รายงานชันสูตรพลิกศพและสำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ copy of autopsy report and police daily report
การสูญเสียอวัยวะ- สายตา หรือทุพพลภาพ dismemberment, loss of sight or disability	<input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย photograph of overall and position of injury <input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา copy of medical record
ค่ารักษาพยาบาล medical expenses	<input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกแจงค่ารักษาพยาบาล original receipts and statement

ตรวจสอบสถานะเคลมของท่าน track your claim status

หลังจากเคลมของท่านได้มีการบันทึกในระบบแล้ว ท่านจะได้รับการแจ้งสถานะของเคลมผ่านทาง sms หรือ email หากท่านมีข้อสงสัยใดๆกับเคลมของท่าน สามารถติดต่อเราได้ :
once your claim is registered, you will be updated through sms or email. if you have any query on your claim, please reach us on :



www.axa.co.th
(claims section)



+66 2118 8111

แอกซ่า มุ่งมั่นที่จะทำให้กระบวนการเคลมประกันของท่าน เรียบง่ายและปราศจากความกังวล ขอขอบคุณท่านที่ไว้วางใจสมัครทำประกันภัยกับเราและเรายินดีที่จะให้บริการท่านเสมอ
AXA is committed to making your motor insurance claim process as easy and stress-free as possible. thank you for insuring with us. we are always glad to be of service.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - axa.co.th