

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพหลโยธิน 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th



สแกนเพื่อเช็ครายชื่อเอกสาร
ประกอบการเรียกร้องสินไหม

**ใบเรียกร้อง
ค่าสินไหมทดแทน**

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

สำหรับผู้อุปการะกันภัย ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยรายวัน อุบัติเหตุ ทูพลภาพ โรคร้ายแรง อื่น ๆ โปรดระบุ

1. ชื่อ - สกุลผู้อุปการะกันภัย เพศ ชาย หญิง อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบัน
อาชีพปัจจุบัน ชื่อ-ที่อยู่ สถานที่ทำงาน
อีเมล โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

2. มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท กรมธรรม์เลขที่ ใบรับรองการประกันเลขที่ (ถ้ามี)

3. รายละเอียดของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 การป่วย: อาการ วันที่เริ่มมีอาการ
สถานพยาบาลที่รักษาก่อนการรักษารั้งนี้ วันที่รักษา
 อุบัติเหตุ: วันที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ
สาเหตุของการบาดเจ็บ
การแจ้งความ ไม่มี มี ระบุสถานที่ (โปรดแนบสำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ)
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่าหากกรอกข้อความไม่ตรงกับความจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้
ค่าชดเชยนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่ เมื่อวันที่

4. วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน โอนเข้าบัญชีธนาคาร (แนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร) โอนผ่านระบบพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน (Prompt Pay ID)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) บริษัทประกันภัยอื่น รวมถึงให้ความยินยอมสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าระหว่างบริษัทฯ กับตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯหรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย
ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ฯ จะดำเนินการกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามข้อผูกพันที่มีตามกรมธรรม์และการให้บริการของบริษัทฯ และทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและสิทธิในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว ดังรายละเอียดที่ระบุไว้ในเว็บไซต์ของบริษัทฯ <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>
อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าการต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ
หมายเหตุ: กรณีผู้อุปการะกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลายมือชื่อ ลายมือชื่อ ลายมือชื่อ
() () ()
 บิดา มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ พยาน พยาน
กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ หากลงนามด้วยตัวเอง
กรุณาให้บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ลงนามร่วม วันที่

สำหรับแพทย์ผู้รักษา : รายงานแพทย์ กรณีการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Medical report for OPD)

Patient's Name Age: Years Sex: Male Female
Visit date: Time: HN: VN:
Vital sign T: P: R: BP: Body weight: kgs. Height: cms
Chief complaint/duration:
Present illness or cause of injury:
Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):
The illness directly related to an accident No Yes, Date: Time:
The illness or injury influenced by alcohol or drug addict:
The illness related to congenital or mental problem or genetic disease No Yes, specify:
Underlying condition:
Treatment:

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.
I have been informed that KTAXA will process my personal data for the performance of obligations imposed by the policy and related service, and have also been informed of the detail about personal data processing and my privacy rights (Data subject's rights) according to data protection law and KTAXA's privacy policy. Please further read Privacy Policy at <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>.

Name of physician Specialty License No.
Hospital Name Address Tel. No.
Signature Date

ชื่อควรทราบ
ผู้ใดในการประกอบการงานในวิชาชีพ กฎหมาย บัญชีหรือวิชาชีพอื่นใด หากคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ
ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง



