



บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Jaymart Insurance Public Company Limited

100/100 อาคารวอวามิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทรศัพท์: +66 2 099 0555 www.jaymartinsurance.co.th
 ทะเบียนเลขที่: 0107556000060 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 0107556000060

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุ

- () ค่ารักษาพยาบาล () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ
 () ทูพลภาพถาวรสิ้นเชิง () อื่นๆ.....

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ช่องใดไม่มีให้ขีด (-) ในช่องว่างที่ให้กรอกข้อมูล

<p>1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลเรียกร้องสินไหมทดแทน</p> <p>1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....อาชีพ..... เพศ..... ที่อยู่..... เบอร์โทร..... กรมธรรม์เลขที่..... ระยะเวลาคุ้มครอง..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... ที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดการเกิดเหตุ.....</p>
<p>2. กรณีบาดเจ็บ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ..... โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก..... ลักษณะอาการเจ็บป่วย..... ตั้งแต่วันที่..... แพทย์ผู้ทำการรักษาการเจ็บป่วย..... ผลวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยของแพทย์..... ได้รับการรักษาโดย () การให้ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ.....</p>
<p>3. กรณีการเสียชีวิต/สูญเสียอวัยวะ/ทูพลภาพถาวรสิ้นเชิงอันมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก..... แพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนก..... เลขที่ผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก..... () ผู้ป่วยใน..... อวัยวะที่บาดเจ็บ..... ลักษณะบาดแผล..... มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี สถานีตำรวจ..... ลงวันที่.....</p>
<p>4. ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล/ ประกันภัยอุบัติเหตุ/สุขภาพกับหน่วยงานหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ โปรดระบุ หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....</p>

การกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลและสาเหตุการเจ็บป่วยหรือสูญเสียเพื่อประโยชน์ในค่าสินไหมทดแทนแก่ตนเองหรือผู้อื่นโดยทุจริต ผู้เอาประกันภัย, ทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์ ในค่าสินไหมทดแทนอาจมีความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาซึ่งมีบันทึกหรือทราบประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลอื่นๆต่อ บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯได้โดยเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น () ผู้เอาประกันภัย
 (.....) () ผู้รับประโยชน์
 วันที่..... () ทายาทโดยธรรม ซึ่งเป็น.....



ลำดับ	เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องกรณีเสียชีวิต, สูญเสียอวัยวะ, ทูพพลภาพชั่วคราวหรือถาวรสิ้นเชิง หรือ การบาดเจ็บ (จากอุบัติเหตุ)	หมายเหตุ
1	หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทนแบบฟอร์มบริษัทฯ (ที่ผู้เอาประกันกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)	เอกสารพื้นฐานใช้ทุกประเภทการเรียกร้อง
2	สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาโดยผู้เอาประกันภัยหรือทายาท โดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์)	
3	สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยหรือทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์	
4	ทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย (ที่นายทะเบียนระบุ " ตาย " แล้ว)	เอกสารเรียกร้องเพิ่มเติมกรณีเสียชีวิต
5	สำเนาใบมรณบัตร หรือ ทร.4/ก (รับรองสำเนาโดยอำเภอ/สำนักงานเขต)	
6	บันทึกประจำวันการเกิดอุบัติเหตุ (รับรองสำเนาโดยตำรวจ) ถ้ามี	
7	รายงานการชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาโดยตำรวจ)	
8	เอกสารทางการแพทย์และประวัติการรักษาทั้งหมดก่อนเสียชีวิต	
9	สำเนาบัตรประชาชนของทายาทโดยธรรมหรือผู้รับผลประโยชน์ (รับรองสำเนาโดยทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์)	
10	เอกสารแสดงความเป็นทายาทโดยธรรมของผู้เอาประกันภัย หรือความสัมพันธ์ของผู้รับประโยชน์กับผู้เอาประกันภัย เช่น ทะเบียนสมรส, สูติบัตร เป็นต้น	
11	หนังสือขอมอบให้รับค่าสินไหมทดแทนกรณีผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นทายาทโดยธรรม (ทายาทโดยธรรมลงนามทุกคน)	เอกสารเรียกร้องเพิ่มเติมกรณีสูญเสียอวัยวะหรือทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และค่าชดเชยกรณีทูพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง
12	เอกสารทางการแพทย์และประวัติการรักษาเกี่ยวกับการสูญเสียอวัยวะหรือทูพพลภาพชั่วคราวหรือถาวรสิ้นเชิง (รับรองสำเนาโดยสถานพยาบาล)	
13	เอกสารรับรองจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานรัฐเป็นผู้พิการหรือทูพพลภาพชั่วคราวหรือถาวรสิ้นเชิง	
14	รูปถ่ายการสูญเสียอวัยวะหรือการทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	
15	เอกสารอื่นๆแสดงสาเหตุแห่งการสูญเสียอวัยวะหรือทูพพลภาพชั่วคราวหรือถาวรสิ้นเชิง เช่น บันทึกประจำวัน, รายงานผลคดี, รายงานการเกิดเหตุ เป็นต้น	
16	ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) ที่ระบุถึงอุบัติเหตุ	เอกสารเรียกร้องเพิ่มเติมกรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล และค่าชดเชยกรณีรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในจากอุบัติเหตุ
17	ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)	
เอกสาร เรียกร้อง ส่งมาที่	บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด	
	คุณสุคดี 02-2796151-2 /	
	E-Mail : sadudee.b@masterteam.co.th	
	31 อาคารมาสเตอร์ทีม ถนนกำแพงเพชร 5 แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400	