



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

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) 0-2716-6613 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 <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้า "มี" กรุณาระบชื่อสถานีตำรวจ Were the police notified of the accident? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 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 _____	วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก Date of first treatment _____	
	วิธีการรักษา <input type="checkbox"/> โดยการให้ยา <input type="checkbox"/> โดยการผ่าตัด <input type="checkbox"/> โดยการทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ The type of treatment given _____ Medication _____ Surgery _____ Physical Therapy _____ Others: _____	วันที่ออกจากสถานพยาบาล Date of discharge from hospital _____	
	ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา The name of treating doctor _____		
5.	ผู้ได้รับบาดเจ็บมีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากผู้อื่นใดหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี Has the Injured Person made another claim related to this incident against any other party? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> การเรียกร้องครั้งแรก <input type="checkbox"/> การเรียกร้องต่อเนื่อง This Claim is _____ the first one made for treatment _____ for follow-up treatment after receiving prior treatment		
8.	การนำส่งค่าสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> ให้ผ่านตัวแทนที่บริการอยู่ <input type="checkbox"/> ให้ผ่านผู้ได้รับบาดเจ็บโดยตรง The claim cheque/draft should be issued _____ through the agent/broker _____ directly to the Injured Person		
	ต้องการรับค่าสินไหมทดแทนเป็น <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> ดราฟท์ สั่งจ่ายในนาม นาย / นาง / นางสาว Payment should be made in form of _____ cheque _____ Draft in favour of Mr./Mrs./Miss _____ กรณีเป็น ดราฟท์ โปรดระบุจังหวัดที่จะให้สั่งจ่าย In case of a draft, please specify where the draft will be drawn _____		

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

ลงชื่อ
Signed _____

ผู้ได้รับบาดเจ็บ / ผู้เรียกร้องค่าสินไหม
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 โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อันนี้ สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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 _____
Date _____

ลายเซ็น
Signed _____

ผู้ได้รับบาดเจ็บ / ผู้เรียกร้องค่าสินไหมช
Injured Person/Claimant