100/24 อาคารสาธรนคร ทาวเวอร์ ชั้น 16 เอ ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพ 10500 โทร. 0-2022-1111 โทรสาร 0-2022-1122-3
100/24Sathorn Nakorn Tower, 16th Floor A North Sathorn Road, Silom, Bang Rak, 10500 Bangkok Tel. 0-2022-1111 Fax 0-2022-1122-3
ทะเบียนเลขที่ 0107556000108 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107556000108

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ / ค่าชดเชยรายได้

ชื่อผู้รับแจ้ง..... วันที่แจ้ง.....

ประเภท บุคคล/กลุ่ม/นักเรียน, นักศึกษา เลขที่กรมธรรม์.....

สถาบัน (ระบุชื่อสถาบัน/ต้นสังกัด)..... แผนก..... ชั้นปี.....

1) ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน.....ลักษณะงาน.....

2) วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....

โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....

ชื่อที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

มีการแจ้งความหรือไม่, ที่ใด.....(แนบสำเนาบันทึกการแจ้งความมาด้วย)

3) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ/ตำแหน่งของบาดแผล.....

ลักษณะและขนาดของบาดแผล.....

.....

.....

อาการปัจจุบัน.....

4) ชื่อสถานที่พยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา..... (ขอใบรับรองแพทย์ทุกครั้ง)

วิธีการรักษา.....

วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย.....

ต้องมีต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และใบรับรองแพทย์ทุกครั้งที่รับการรักษา หากรักษามากกว่า 1 แห่ง ขอใบรับรองแพทย์ทุกสถานพยาบาล

5) ท่านมีประกันภัยอุบัติเหตุ / ประกันชีวิต กับบริษัทฯ อื่นหรือไม่ หากมี โปรดระบุชื่อและเลขที่กรมธรรม์.....

ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมจากบริษัทฯ หรือไม่ หากท่านได้เรียกร้องโปรดระบุจำนวนเงินที่ท่านได้รับ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด แก่ บริษัท ซันเดย์ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ลงชื่อ.....

(ผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของสถาบัน)

วันที่.....

ประทับตรา ต้นสังกัด/สถานพยาบาล