

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้า [] นาย [] นาง [] นางสาว ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย _____
หมายเลขบัตรประชาชน/พาสปอร์ต _____ กรมธรรม์เลขที่ _____
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน : บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ เบอร์โทร _____
กรณีเป็นผู้กระทำการแทน ชื่อ - สกุล _____ ความสัมพันธ์ _____ เบอร์โทร _____

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องจาก

[] กรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะและสาวยตา เนื่องจากอุบัติเหตุ [] กรมธรรม์มีแรง หรือโรคภัยแรงอื่นๆ
[] กรณีชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล/ชดเชยกระดูกแตกหัก [] ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากอุบัติเหตุ กรณีผู้ป่วยใน
[] ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย [] กรมธรรม์มีข้อสงสัย/ผลประโยชน์จากประกันภัยรถยนต์
[] ค่าปลงศพ [] อื่นๆ ระบุ _____
วันที่เกิดเหตุ _____ เวลาที่เกิดเหตุ _____
สถานที่เกิดเหตุ _____
รายละเอียดที่เกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/เจ็บป่วย _____

กรณีเกิดเหตุจากยานพาหนะ [] รถยนต์ [] รถจักรยานยนต์ [] อื่นๆ ระบุ _____
ผู้เอาประกันเป็น [] ผู้ขับขี่ [] ผู้โดยสาร [] ผู้ใช้ทางเท้า
กรณีการแจ้งเหตุล่าช้า กรุณาระบุเหตุผล _____

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทกรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) บริษัทในเครือ และ/หรือพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท เก็บรวบรวม (ทั้งจากข้าพเจ้าหรือแหล่งอื่น) ใช้ ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพย์สิน ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (Sensitive Data) (เช่น ประวัติการรักษา ข้อมูลสุขภาพ วิธีให้การรักษาหรือบันทึกทางการแพทย์) เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือการซ่อมแซมทรัพย์สินของข้าพเจ้า คู่กรณี และ/หรือบุคคลภายนอก รวมถึงการชำระหรือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และ/หรือการซ่อมแซมทรัพย์สินที่สูญหายหรือเสียหาย หรือเพื่อใช้ประโยชน์ในกิจการของบริษัท ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบตกลง และยินยอมว่า บริษัท บริษัทในเครือ และ/หรือพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท มีสิทธิเก็บรวบรวม ใช้ ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ประกาศใช้ในปัจจุบัน หรือที่อาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขในภายหลัง ตามเว็บไซต์ www.kpi.co.th/privacy

ลงนาม _____ วันที่ _____
(ลายมือชื่อผู้เรียกร้องสินไหม/ผู้กระทำการแทน)

มีความประสงค์ขอรับค่าสินไหมโดย

[] โอนเงินเข้าธนาคาร (หากมีค่าธรรมเนียมในการโอนเงิน ถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้า)
ประเภทบัญชี: [] ออมทรัพย์ [] กระแสรายวัน
ชื่อธนาคาร _____ สาขา _____ SMS แจ้งหมายเลข _____
ชื่อบัญชีผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ _____ เลขที่บัญชี _____
[] ส่งเช็ค/ตราพท์ ตามที่อยู่ _____
[] ช่องทางอื่นๆ (โปรดระบุ) _____

โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการเรียกร้องสินไหม

เอกสารประกอบการพิจารณาเรียกร้องสินไหม

กรณีเสียชีวิต

1. สำเนากรมบัตรของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา
2. สำเนาหนังสือรับรองการตาย พร้อมรับรองสำเนา
3. สำเนาบันทึกประจำวันของคดีความทั้งหมด พร้อมรับรองสำเนา โดยร้อยเวรเจ้าของคดี
4. สำเนาทะเบียนบ้านประทับตราตาย พร้อมรับรองสำเนา
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา
6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนา
7. สำเนารายงานชันสูตรศพ หรือรายงานผ่าพิสูจน์ศพ พร้อมรับรองสำเนา
8. กรณีไม่ระบุผู้รับประโยชน์ แนบหนังสือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก หรือหนังสือสอบสวนทายาทโดยธรรม (ออกโดยอำเภอ/เขตตามทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต)

กรณีรักษาพยาบาล

1. ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล
2. สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา
4. สำเนาบันทึกประจำวันของคดีทั้งหมดพร้อมรับรองสำเนา (กรณีมีคู่กรณี)

กรณีกรมธรรม์มะเร็งและโรคร้ายแรงอื่นๆ

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา
2. สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์ ระบุตำแหน่ง/ประเภทของโรคมะเร็ง และระยะของมะเร็งที่ตรวจพบ
3. รายงานผลการตรวจชิ้นเนื้ออย่างละเอียดโดยห้องปฏิบัติการ
4. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

ข้อแนะนำ

1. บริษัทฯ อาจเรียกขอเพิ่มเติมเอกสารอื่นเป็นกรณีพิเศษ
2. เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการเรียกร้องสินไหม กรุณาแนบเอกสารให้ครบทุกรายการ

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะและสาวยตาจากอุบัติเหตุ

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา
3. สำเนาบันทึกประจำวันของคดีทั้งหมด พร้อมรับรองสำเนา โดยร้อยเวรเจ้าของคดี
4. สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์/สำเนาเอกสารรับรองความพิการ
5. ภาพถ่ายผู้เอาประกันภัย แสดงความทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะนั้นๆ

กรณีชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1. สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลและใบสรุปหน้างาน
2. สำเนารายงานแพทย์/ใบรับรองแพทย์ระบุสาเหตุและระยะเวลาการรักษาพยาบาล
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนา
4. สำเนาบันทึกประจำวันของคดีทั้งหมด พร้อมรับรองสำเนาจากร้อยเวรเจ้าของคดี

กรณีกรมธรรม์ขั้นที่อุ้มใจ

1. สำเนาทะเบียนรถยนต์
2. ใบแจ้งซ่อมของบริษัทประกันภัยคู่กรณี
3. แบบฟอร์มแจ้งอุบัติเหตุ ที่ระบุสาเหตุการเกิดเหตุชัดเจน
4. รายงานประจำวัน ระบุสาเหตุ, ทะเบียนรถยนต์คู่กรณีชัดเจน
5. เอกสารหลักฐานที่แสดงว่ารถยนต์คันที่เอาประกันภัย ได้เข้าซ่อมแซมที่คู่/ศูนย์
6. สำเนาใบเสร็จรับเงินจากคู่หรือศูนย์ซ่อม (ถ้ามี)
7. ภาพถ่ายความเสียหายก่อนนำรถซ่อม