



+66 2118 8111

PAclaims@axa.co.th

www.axa.co.th

แบบเรียกร้องสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ Personal Accident Claim Form

เลขกรมธรรม์
Policy No.

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ขอให้ท่าน 1. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มฉบับนี้ให้ครบถ้วน 2. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่มีการระบุในด้านท้ายเอกสารฉบับนี้ 3. นำส่งเอกสารทั้งหมดให้กับบริษัทฯ โดยเร็ว ขอขอบคุณ

To speed up the process, please (1) Complete this form, (2) Prepare the relevant documents listed on page two, and (3) Mail them to AXA Office as soon as possible. Thank you.

A รายละเอียดผู้เอาประกันภัย Insured details		
ชื่อ-นามสกุล Full name	<input type="text"/>	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ Mobile No.	<input type="text"/> อีเมล Email <input type="text"/>	
ที่อยู่สำหรับติดต่อ Correspondence address	<input type="text"/>	
B รายละเอียดของการรับสินไหม ข้าพเจ้าขอรับสินไหม โดย I would receive the claim by		
โอนเข้าบัญชี (ตามสมุดบัญชีที่แนบท้าย) Via account	<input type="text"/>	
เช็คสั่งจ่ายในนาม Cheque to the name of	รับเช็คโดย By () ผ่านตัวแทน/โบรกเกอร์ Agent/Broker () ส่งตามที่อยู่ด้านบน Address above	
C รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ Accident & injury details		
วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Date and time of accident	วันที่ Date <input type="text"/> เวลา Time <input type="text"/>	สถานที่เกิดเหตุ location of accident <input type="text"/>
ลักษณะความเสียหาย Type of loss	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total permanent disability <input type="checkbox"/> เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Accidental death	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Total temporary disability <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน Partial temporary disability
รายละเอียดของอุบัติเหตุ Description of accident	<input type="text"/>	
รายละเอียดการบาดเจ็บ เช่น ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล Description of injury sustained (e.g. body part injured, injury type)	ท่านเคยบาดเจ็บที่ตำแหน่งนี้หรือไม่ Have you injured the same part before? <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No	
ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยอื่นที่คุ้มครองอุบัติเหตุครั้งนี้ด้วยหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ Do you have other insurance covering this injury? If yes, please provide	บริษัทประกันภัย Insurance Company <input type="text"/>	กรมธรรม์เลขที่ Policy No. <input type="text"/>
	วันเริ่มความคุ้มครอง Commencement ate <input type="text"/>	จำนวนเรียกร้องค่าสินไหม Claim amount <input type="text"/>

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - axa.co.th

D คำประกาศ Declaration

ข้าพเจ้าขออนุญาตให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใดซึ่งกระทำการตรวจและรักษาผู้บาดเจ็บ/ผู้เสียชีวิตมีอำนาจแจ้งหรือให้ข้อมูลต่อบริษัทฯ หรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของผู้เสียชีวิตได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured person or the deceased, to furnish to the company, or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original

ลงชื่อ _____ ผู้รับประโยชน์/ผู้จัดการมรดก ลงชื่อ _____ พยาน
Signature Beneficiary / Administrator Signature Witness
วันที่ _____ วันที่ _____
Date Date

E คำรับรองและคำขออนุญาต Declaration and authorization

[คำรับรอง] ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุดังกล่าวต่อบริษัทฯ

[Declaration] I/We hereby declare that the above statements and facts are true, copies of documents are identical with the original one, and that I/We have not withheld from the company, any information within my/our knowledge connected with the accident.

วันที่ _____ ลงนามผู้เรียกร้อง _____
Date Signature of claimant

[นโยบายความเป็นส่วนตัว] ท่านยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และ ตกลงให้บริษัท แอกซ่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) และบริษัทในเครือ รวบรวม ใช้ และจัดเก็บ ข้อมูลของท่าน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการแก่ท่าน และ/หรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดย บมจ.แอกซ่า ประกันภัย จะใช้ข้อมูลของท่านในการปรับปรุง และจัดเตรียมบริการให้แก่ท่าน และจะไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตวันแต่จะเป็นตามที่กฎหมายกำหนด หากท่านไม่ประสงค์ให้ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลข้างต้น โปรดติดต่อพนักงานของ บมจ.แอกซ่าประกันภัย

[Customer's data Privacy clause] You confirm the accuracy of this information and agree what AXA insurance Public Company Limited and its affiliates may collect, use and retain your information gathered as part of the service that are produced to you and/or for direct marketing purposes and in this connection. AXA Insurance PCL may use this information to improve or provide customized services to you and will not disclose this information to unauthorized person except legal/regulatory requirements. if you do not agree on the above, please contact AXA staff.

เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน Document required for claim settlement

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

Below is a list of minimum documentation required to process your claim. In certain circumstances, More information may be required to substantiate the claim.

ประเภทของความเสียหาย Type of loss/Accident	เอกสารที่จำเป็น (โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) Documents required (Please tick against the documents you have submitted.)
เอกสารประกอบทุกกรณี Basic for all types	<input type="checkbox"/> แบบเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ Personal accident claim form <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ Medical certificate <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (หรือผู้รับประโยชน์ กรณีเสียชีวิต) Copy of identification card of the Insured or beneficiary (in case of accident death) <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม Copy of bank book for transfer the claim settlement
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Personal accident	<input type="checkbox"/> ใบมรณบัตร Death certificate <input type="checkbox"/> รายงานชันสูตรพลิกศพและสำเนาทันทีประจำวันของตำรวจ Copy of autopsy report and police daily report
การสูญเสียอวัยวะ- สายตา หรือทุพพลภาพ Dismemberment, loss of sight or disability	<input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย Photograph of overall and position of injury <input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา Copy of medical record
ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses	<input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกแจงค่ารักษาพยาบาล Original receipts and statement

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพระรามสี่ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - axa.co.th

ตรวจสอบสถานะเคลมของท่าน Track your claim status

หลังจากเคลมของท่านได้มีการบันทึกเข้าระบบแล้ว ท่านจะได้รับการแจ้งสถานะของเคลมผ่านทาง sms หรือ email หากท่านมีข้อสงสัยใดๆกับเคลมของท่าน สามารถติดต่อเราได้
Once your claim is registered, You will be updated through sms or email. If you have any query on your claim, please reach us on



www.axa.co.th
(Claims section)



+66 2118 8111

แอกซ่า มุ่งมั่นที่จะทำให้กระบวนการเคลมประกันของท่าน เรียบง่ายและปราศจากความกังวล ขอขอบคุณท่านที่ไว้วางใจสมัครทำประกันภัย
กับเรา และเรายินดีที่จะให้บริการท่านเสมอ

AXA is committed to making your motor insurance claim process as easy and stress-free as possible. Thank you for insuring with us.
We are always glad to be of service.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะส่งผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

Warning from the Office of the Insurance Commission (the OIC)

The applicant must truthfully answer all questions. Concealment or misstatement of any fact will cause the insurance agreement
to become void, and will result in the Company having the right to terminate the insurance agreement
under section 865 of the Civil and Commercial Code, and refuse payment of compensation.

ท่านสามารถตรวจสอบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้บนเว็บไซต์ของบริษัทฯ <https://www.axa.co.th/th/legal-and-privacy-statement>
You can find AXA Privacy policy by visit AXA website <https://www.axa.co.th/en/legal-and-privacy-statement>

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - [axa.co.th](http://www.axa.co.th)