



บริษัท คิง ิว ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

43 อาคารไทย ซิซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

หนังสือเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ

คำเรียกร้องที่.....

ชื่อผู้รับแจ้ง.....

หน่วย/ภาค/สาขา.....

วันที่รับแจ้ง...../...../.....

1. ชื่อและนามสกุล อายุ ปี เลขที่กรมธรรม์ (มากกว่าหนึ่งโปรดระบุ) ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์ สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ อาชีพ/ลักษณะงาน
2. วันที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์ มีการแจ้งความหรือไม่ ที่ใด
3. อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ตำแหน่งของบาดแผล ลักษณะและขนาดของบาดแผล
4. ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา ชื่อแพทย์ผู้รักษา วิธีการรักษา วันที่ไปรับการรักษา วันแรก วันสุดท้าย
5. อาการหรือความบาดเจ็บในปัจจุบัน
6. ชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์ (กรณีประกันร่วมกับบริษัทอื่น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บมจ. คิง ิว ประกันชีวิต (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย
สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ลงนามให้เหมือนกับในคำขอเอาประกัน

วันที่

ใบแสดงความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้เอาประกันภัยขณะที่ได้รับบาดเจ็บ
 ค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งรายงานนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เอาประกันเอง (This certificate to be completed by doctor at insured's expense)

1. ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย Patient's name and surname	อายุ age	ปี years
2. บัตรประจำตัว () ประชาชน เลขที่ () ข้าราชการ () อื่นๆ ID Card No. Citizen No. Official Other		
3. วันที่มารับการรักษา (Date of hospital attending)		
ก. ผู้ป่วยนอก Out Patient	วันที่ Date	เวลา น. Time AM/PM
ข. ผู้ป่วยนอน In Patient	วันที่ Date	เวลา น. ถึงวันที่ เวลา น. Time AM/PM To Date Time AM/PM
4. สาเหตุการบาดเจ็บ Cause of injury		
5. วันที่เกิดเหตุ Date of accident		
	เวลา Time	น. AM/PM
6. รายละเอียดการบาดเจ็บ (โปรดแจ้งลักษณะบาดแผล-อวัยวะที่บาดเจ็บ) Details of injury (Please specify wound and injured organs)		
7. รายละเอียดการรักษา (Details of Treatment)		
8. ผู้ป่วยได้รับการรักษามาก่อนแล้วหรือไม่ (โปรดแจ้งสถานพยาบาล) Had and previous treatment (please specify name of hospital/clinic)		
9. ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งสุดท้าย เมื่อ Date of last treatment		
10. ผู้ป่วยมีครรภ์ / มีโรคอื่นอยู่แล้วหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด) Has patient pregnancy / complication (Please specify)		
11. ความเห็นอื่นๆ Other Comments		

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจรักษา
 (.....)

Signed Attending Physician

คุณวุฒิ

Qualification

สำนักงาน

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่

License No.

วันที่ / /

Date

โทรศัพท์