



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

43 อาคารไทย ซิซี ทาวเวอร์ ชั้นที่ 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

หนังสือเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ

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)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

คำขอลฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ..... พยาน
(.....) (.....) (.....)



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

43 อาคารไทย ซิซี ทาวเวอร์ ชั้นที่ 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ : 02-033-9000

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมกรรม และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรรมกรรมประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมกรรมประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมกรรม และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมกรรมประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมกรรมประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ความสัมพันธ์.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

43 อาคารไทย ซิซี ทาวเวอร์ ชั้นที่ 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ : 02-033-9000

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 ID Card No. Citizen No.	() ข้าราชการ Official	() อื่นๆ Other
3. วันที่มารับการรักษา (Date of hospital attending)		
ก. ผู้ป่วยนอก Out Patient	วันที่ Date	เวลา Time
ข. ผู้ป่วยใน In Patient	วันที่ Date	เวลา Time
	ถึงวันที่ To Date	เวลา Time
		น. 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 แพทย์ผู้ตรวจ/รักษา
(.....)

Signatured Attending Physician

คุณวุฒิ

Qualification

สำนักงาน

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่
License No.

วันที่ / /

Date

โทรศัพท์