

## 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/สูญเสียอวัยวะและเสียชีวิต 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](http://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/สูญเสียอวัยวะและสายตาคจากอุบัติเหตุ

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