

1 อาคารเอ็มไพร์ ทาวเวอร์ ชั้น 39 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2022-1111 โทรสาร 0-2022-1122-3
1 Empire Tower, 39th Floor, South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120 Tel. 0-2022-1111 Fax 0-2022-1122-3
ทะเบียนเลขที่ 0107556000108 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107556000108

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ / ค่าชดเชยรายได้

ชื่อผู้รับแจ้ง..... วันที่แจ้ง.....
ประเภท บุคคล/กลุ่ม/นักเรียน, นักศึกษา เลขที่กรมธรรม์.....
สถาบัน (ระบุชื่อสถาบัน/ต้นสังกัด)..... แผนก..... ชั้นปี.....

- 1) ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
สถานที่ทำงาน..... ลักษณะงาน.....
- 2) วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....
โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....
ชื่อที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....
มีการแจ้งความหรือไม่, ที่ใด..... (แนบสำเนาบันทึกการแจ้งความมาด้วย)
- 3) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ/ตำแหน่งของบาดแผล.....
ลักษณะและขนาดของบาดแผล.....
.....
.....
อาการปัจจุบัน.....
- 4) ชื่อสถานที่พยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา..... (ขอใบรับรองแพทย์ทุกครั้ง)
วิธีการรักษา.....
วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย.....
ต้องมีต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และใบรับรองแพทย์ทุกครั้งที่ได้รับรักษา หากรักษามากกว่า 1 แห่ง ขอใบรับรองแพทย์ทุกสถานพยาบาล
- 5) ท่านมีประกันภัยอุบัติเหตุ / ประกันชีวิต กับบริษัท อื่นหรือไม่ หากมี โปรดระบุชื่อและเลขที่กรมธรรม์.....
ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมจากบริษัทฯ หรือไม่ หากท่านได้เรียกร้องโปรดระบุจำนวนเงินที่ท่านได้รับ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด แก่ บริษัท เคเอสเค ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ลงชื่อ.....
(ผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของสถาบัน)
วันที่.....

รหัสผ่าน ลดท

1406/ทอ

ประทับตรา ต้นสังกัด/สถานพยาบาล

26/06/25