



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ Personal Accident Claim Form

เลขกรมธรรม์
Policy No.

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ขอให้ท่าน 1. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มฉบับนี้ให้ครบถ้วน 2. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่มีการระบุใน QR Code ด้านท้ายเอกสารฉบับนี้ 3. นำส่งเอกสารทั้งหมดให้กับบริษัทฯ โดยเร็ว ขอขอบคุณ
To accelerate the process, please (1) Complete this form, (2) Prepare the relevant documents listed on QR Code, and (3) Deliver them to AXA as soon as possible. Thank you.

1 รายละเอียดผู้เอาประกันภัย / Insured details

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured name			
ที่อยู่ Address			
อีเมล Email		เบอร์โทรศัพท์ Telephone number	
ข้าพเจ้าประสงค์ให้บริษัทแจ้งผลการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนตามอีเมลที่ระบุข้างต้นเป็นช่องทางแรก I, hereby, require AXA to inform a result of claim consideration to me via specified e-mail as first contact channel หมายเหตุ: กรณีบริษัทไม่สามารถแจ้งผลการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน ตามช่องทางที่ท่านระบุข้างต้นได้ บริษัทสงวนสิทธิ์นำส่งในอีกช่องทางอื่นโดยเร็ว Remark: AXA preserve rights to notify claim decision via another contact channel in case that we cannot notify you via your selected channel			

2 รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ / Accident & Injury details

วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Date and time of accident	วันที่ Date เวลา Time	สถานที่เกิดเหตุ Location of accident		
ลักษณะความเสียหาย Type of loss	☐ ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses ☐ การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล Hospital Income Benefit ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total permanent disability ☐ ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Total temporary disability ☐ ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน Partial temporary disability ☐ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Accidental death			
รายละเอียดของอุบัติเหตุ Description of accident				
รายละเอียดการบาดเจ็บ เช่น ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล Description of injury (e.g. body part injured, injury type)	ท่านได้รับเครดิตจากโรงพยาบาล ในการรักษาครั้งนี้หรือไม่? Have you received any credit from Hospital for this treatment?		ท่านเคยบาดเจ็บ ที่ตำแหน่งนี้หรือไม่ Have you ever injured the same part before?	
	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No		☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	
ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยอื่น ที่คุ้มครองอุบัติเหตุครั้งนี้ด้วยหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ Do you have other insurance covering this injury? If yes, Please provide	บริษัทประกันภัย Insurance company	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.		
	ระยะเวลาประกันภัย Coverage period	จำนวนเรียกค่าสินไหมทดแทน Claim amount		

บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

414 อาคารสยามปทุมวันเฮาส์ ชั้น 25 ยูนิต 2511-1-2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
414 Siam Patumwan House, Floor 25th, Unit 2511-1-2, Phayathai Road, Pathumwan Sub-district, Pathumwan District, Bangkok 10330
Tel. +66 2118 8111 www.axa.co.th Email: axathai@axa.co.th

3 รายละเอียดบัญชีธนาคาร / Bank account details

To enable us to process the payment to your preferred account, please provide your bank details below. Accepted account type are saving and current account only. โปรดแจ้งรายละเอียดบัญชีธนาคารของท่าน เพื่อให้บริษัทฯสามารถชำระค่าสินไหมทดแทนให้แก่ท่านโดยตรง บัญชีที่จะทำการโอนเงินจะต้องเป็นบัญชีออมทรัพย์ หรือกระแสรายวันเท่านั้น

บัญชีธนาคารไทย
Thai Bank

ชื่อบัญชี (ตามสมุดบัญชี)
Name (as per Bank account)

ธนาคาร
Bank name

เลขที่บัญชี
Account No.

สาขานี้
Bank branch

หมายเหตุ : สกิลเงินในการชำระค่าสินไหมทดแทนจะเป็นค่าเงิน “บาท” เสมอ บริษัทฯรับผิดชอบเฉพาะค่าธรรมเนียมการโอนที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น

Remark : Please be informed that the compensation shall be paid in Thai Baht. AXA takes responsibility for only actual remittance fee.

คำรับรองข้อมูลส่วนบุคคล / Personal Data Authorization

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมายหรือได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่ถูกระบุหรืออ้างถึงในเอกสารฉบับนี้หรือเอกสารใดๆ ในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าวต่อเอกฉันท์ เพื่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การชำระค่าสินไหมทดแทน และกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ารับทราบถึงรายละเอียดต่างๆ ในนโยบายความเป็นส่วนตัวของเอกฉันท์ ที่ประกาศไว้บนหน้าเว็บไซต์ <https://www.axa.co.th/th/legal-and-privacy-statement> พร้อมทั้งได้แจ้งให้บุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่ระบุหรืออ้างถึงในเอกสารฉบับนี้ให้ทราบถึงนโยบายความเป็นส่วนตัวของเอกฉันท์เรียบร้อยแล้ว

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ารับทราบด้วยว่า เอกฉันท์มีสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องและ/หรือจำเป็น เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาชดเชยค่าสินไหมทดแทน การชำระค่าสินไหมทดแทน และกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อปฏิบัติตามธรรมเนียมปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎหมาย

I, hereby, certify that I have legal right or receive a consent from any individuals who are identified or referred in this document or any documents to disclose their personal information to AXA for claim consideration, claim payment and any relevant activities.

I have completely acknowledged all details specified in AXA Privacy Policy exhibited on <https://www.axa.co.th/en/legal-and-privacy-statement> and already informed all individuals who are identified or referred in this document about AXA Privacy Policy.

In addition, I have well acknowledged that AXA has lawful basis under Personal Data Protection Act to collect, use, and disclose all relevant and/or required personal information for the purpose of claim consideration, claim payment and any relevant activities for performing obligations under insurance policy(ies).

คำรับรองอื่นๆ / Certification

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความ ข้อมูล ที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับ และข้าพเจ้ารับทราบว่าการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ การปกปิดข้อความจริงอันพึงแจ้ง การหลอกลวง เพื่อให้ได้ไปซึ่งค่าสินไหมทดแทน มีความผิดตามกฎหมาย

I, hereby, certify that all information provided hereunder is true, complete and correct, copies of documents are identical with the original one, and I have acknowledged that providing false, dissimulate, mislead, or not disclosing required information for claim consideration is illicit.

หมายเหตุ : บริษัทฯสงวนสิทธิ์เรียกเอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณาชำระค่าสินไหมทดแทนเพิ่มเติม โดยขอท่านโปรดนำส่งผ่านช่องทางอีเมลหรือที่อยู่ของบริษัทฯตามที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ นำส่งล่าช้า บริษัทฯจะไม่สามารถพิจารณาค่าสินไหมทดแทนแก่ท่านได้

Remark : AXA preserve rights to ask for further documents/evidences for claim consideration. You can submit such additional documents/evidence to AXA pursuant to e-mail or address as specified herein. The delay or failure of delivery shall affect the incapability of claim consideration by AXA.



Scan to read the procedure and claim documents
สแกนเพื่ออ่านขั้นตอน และเอกสารแจ้งเคลม
<https://www.axa.co.th/claims>

Claimant's Signature / ลงชื่อผู้เรียกร้อง

_____/_____/_____
dd / mm / yyyy / วันที่เรียกร้อง

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนั้นตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 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.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

414 อาคารสยามปทุมวันเฮาส์ ชั้น 25 ยูนิต 2511-1-2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
414 Siam Patumwan House, Floor 25th, Unit 2511-1-2, Phayathai Road, Wangmai Sub-district, Pathumwan District, Bangkok 10330
Tel. +66 2118 8111 www.axa.co.th Email: axathai@axa.co.th



เอกสารแนบ / Attached document

คำแนะนำเบื้องต้น / Primary Recommendation

เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน / Required Documents for claim consideration

ประเภทของความเสียหาย Type of Loss / Accident	เอกสารที่จำเป็น (โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) Required Document (Please tick on the documents you have submitted.)
เอกสารประกอบทุกกรณี Basic for all types	☐ แบบเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ Personal accident claim form ☐ ใบรับรองแพทย์ Medical certificate ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (หรือผู้รับประโยชน์ กรณีเสียชีวิต) Copy of identification card of the Insured or beneficiary (in case of accident death) ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม Copy of bank book for transfer the claim settlement
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Occidental death	☐ ใบมรณบัตร Death certificate ☐ รายงานชันสูตรพลิกศพและสำเนารายการประจำวันของตำรวจ Copy of autopsy report and police daily report
การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรืออวัยวะพิการ Dismemberment, Loss of sight or disability	☐ รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย Photograph of overall and position of injury ☐ สำเนาประวัติการรักษา Copy of medical record
ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses	☐ ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกแจงค่ารักษาพยาบาล Original receipts and statement