

## ใบแจ้งอุบัติเหตุ

**โปรดแนบเอกสารกรณีเรียกร้องค่ารักษาเบื้องต้น ดังนี้**

1. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์
3. สำเนาบัตรประชาชน
4. ใบสรุปหน้างานค่ารักษา
5. รับรองสำเนาบัตรประชาชน
6. รับรองสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์ / กระแสรายวัน)

เพื่อประโยชน์ในการพิจารณา  
สินไหมให้แก่ผู้เอาประกันภัยได้  
อย่างรวดเร็วโปรดกรอกข้อมูลให้ถูก  
ต้องและครบถ้วน

กรมธรรม์เลขที่ ..... ชื่อผู้จัดให้มีกรมธรรม์ (Policyholder) .....

1. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย(ผู้บาดเจ็บ) ..... อายุ ..... ปี  
ที่อยู่ติดต่อได้..... โทร .....

อาชีพ (ตำแหน่งหน้าที่การงาน).....

2. (ก) อุบัติเหตุเกิดเมื่อวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา .....

(ข) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ .....

(ค) อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร(บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียดพร้อมระบุสาเหตุที่ชัดเจน).....

.....-อ.บ.รถยนต์.....

.....-อ.บ.รถมอเตอร์ไซด์.....

.....-อ.บ.อื่นๆ.....

.....

.....

.....

3. สภาพบาดเจ็บที่ได้รับ

(ก) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (โปรดระบุข้างซ้ายหรือข้างขวา) .....

(ข) ลักษณะของบาดแผลหรือความเจ็บปวด .....

4. ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือพยาน (หนึ่งหรือหลายคน).....

.....

5. หลังจากได้รับอุบัติเหตุข้างต้นแล้ว ผู้บาดเจ็บสามารถทำงานได้หรือไม่ อย่างไร

.....

6. ชื่อแพทย์ผู้รักษา .....

7. ข้อมูลอาการปัจจุบัน .....

8. ประมาณการระยะเวลาการรักษา.....จึงจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

9. มีประวัติเรียกร้องและได้รับค่าทดแทนกรณีนี้แล้วจากที่อื่นๆ ดังนี้.....

.....

10. มีการทำประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นๆ ที่มีความคุ้มครองกรณีอุบัติเหตุ ได้แก่ (โปรดระบุชื่อบริษัทและทุนประกัน).....

.....

ข้าพเจ้าขอแถลงว่า ข้าพเจ้าได้รับบาดเจ็บตามที่แจ้งไว้ข้างต้น หรือบุคคลตามที่แจ้งไว้ข้างต้นได้รับบาดเจ็บหรือได้เสียชีวิต และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าหากข้าพเจ้าแสวงหาขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ แล้ว สิทธิที่จะได้รับค่าทดแทนในครั้งนี้เป็นอันหมดสิทธิโดยทันที

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอมอบอำนาจให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาลเปิดเผยและมอบเอกสารประวัติทางการแพทย์ การรักษาและอื่นๆที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้าให้แก่ บมจ.อากเนย์ประกันภัยหรือผู้แทนรับทราบได้ทุกประการ  
อนึ่ง สำเนาเอกสารเพื่อขอมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีประสงค์รับเงินค่าทดแทนเป็นเช็ค โปรดระบุที่จัดส่ง (ตัวบรรจง)

ชื่อผู้รับ.....

ที่อยู่.....

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

(.....)

( ) ผู้เอาประกันภัย(ผู้บาดเจ็บ) หรือ

( ) ผู้รับประโยชน์ (ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต/ทุพพลภาพ) หรือ

( ) ผู้จัดให้มีกรมธรรม์ (Policyholder)

( ) อื่นๆ ระบุ.....