

บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โซนบี ชั้น 9 โซนเอ 2 และบี 2
ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทร. 0-2638-9333 โทรสาร 0-2638-9010



แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

เลขที่เคลม :

กรมธรรม์เลขที่ :

ชื่อผู้เอาประกันภัย:.....

ชื่อผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือ เสียชีวิต

ชื่อ/นามสกุล :ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

ที่อยู่เลขที่หมู่บ้าน/อาคาร.....ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

อาชีพ (หากประกอบธุรกิจส่วนตัวโปรดระบุให้ชัดเจน).....ตำแหน่ง.....

วันที่เกิดเหตุเวลา.....สถานที่เกิดเหตุ

ลักษณะการเกิดเหตุโดยละเอียด

.....
.....
.....
.....

รายละเอียดการบาดเจ็บ.....

ค่ารักษาพยาบาล.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุในแบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือ โรงพยาบาล ที่ให้การรักษาข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ตามที่ระบุข้างต้นให้แก่ บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โดยให้ถือว่าแบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นหนังสือให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้ให้ความยินยอม/ผู้เรียกร้อง

(.....)

วันที่.....