



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง  
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200  
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399  
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th  
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED  
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,  
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200  
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399  
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th  
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-023

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478  
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 26

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล**

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ..... เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....  
 อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....  
 ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ ..... ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ ..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์มือถือ..... (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูลผ่านระบบ SMS)

**ข้อมูลประกอบการพิจารณา**

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....กรมธรรม์เลขที่..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....  
 สถานที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดการเกิดเหตุ.....

**เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน**

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท      2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย

กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล เอกสารเพิ่มเติมดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย      2. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา  
 3. ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)      4. สำเนานันทกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (ถ้ามี)  
 5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (กรณีโอนเงิน)

กรณีสูญเสียอวัยวะ เสียตา มีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย      2. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ เสียตา  
 3. รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย      4. สำเนานันทกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (ถ้ามี)

กรณีเสียชีวิต มีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

1. สำเนากรมธรรม์การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล      2. สำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย      3. ใบมรณบัตร  
 4. ใบแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์      5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์  
 6. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน  
 7. สำเนานันทกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล รายละเอียดอาการบาดเจ็บของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน      ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย  
 (.....)      (.....)      ตัวบรรจง      ตัวบรรจง  
 ความสัมพันธ์.....      วันที่.....

กรุณาจัดส่งเอกสาร/ติดต่อ : บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป (โครงการอุบัติเหตุส่วนบุคคล) อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ โทร.0-2670-4444 เบอร์ติดต่อ 6413 และ 6417 โทรสาร.0-2280-1439 กรณีเสียชีวิตให้แจ้งเหตุทันที

\*\*\* โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ของท่าน \*\*\*