



บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)
SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
 แผนกสินไหมเบ็ดเตล็ด โทรศัพท์ 0-2378-7000 ต่อ 7024, 7028
 โทรสาร 02-377-2097, 02-377-1630

(PA-02)

หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ ค่ารักษาพยาบาล

ชื่อกรมธรรม์ Policy's Name	เลขที่กรมธรรม์ Policy No.	วันเริ่มคุ้มครอง วันสิ้นสุดบังคับ	
ชื่อผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ Claimant	อายุ Age	เพศ Sex	
ที่อยู่ Address	โทรศัพท์ Telephone		
สถานที่ทำงาน Place of Employment	โทรศัพท์ Telephone		
อาชีพและตำแหน่ง Occupation	วันที่เกิดเหตุ Date of accident		
เลขที่บัตรประจำตัว ID Card number	<input type="checkbox"/> ประชาชน Citizen	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ Official	<input type="checkbox"/> อื่นๆ Other

รายละเอียดการเกิดเหตุ ACCIDENT CLAIM INFORMATION

วันที่เกิดเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time of Accident
สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident	รายละเอียดการเกิดเหตุ Circumstance
ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ Nature of Injury	วันที่รับการรักษาล่าสุดท้าย Date of Last Treatment
อาการปัจจุบัน Present Condition	ลายเซ็นแพทย์ Signature

ชื่อสถาบันหรือบริษัทและเลขที่กรมธรรม์ กรณีได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น **Other Insurance**

ชื่อบริษัท NAME	เลขที่กรมธรรม์ POLICY NO.	จำนวนเงินเอาประกัน AMOUNT	ประเภทของการประกัน TIP OF INSURANCE
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่โรงพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัยหรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือรับประกันข้าพเจ้าหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งในอดีต และปัจจุบัน มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และสำเนาประวัติทางการแพทย์ ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันและการเรียกร้องค่าชดเชยต่อ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนา ใบมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์
 (.....)
 วันที่.....

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน
 (.....)
 วันที่.....