



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

UNION LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

411 อาคาร ยูทาวเวอร์ ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทร. 0-2731-7799 โทรสาร. 0-2731-7727-28

411 U TOWER Srinagarindra Road, Suanluang, Bangkok 10250, Thailand Tel. +66-2731-7799 Fax +66-2731-7727 to 28

website : <http://www.ulife.in.th> E-mail Address : [saha@sahalife.co.th](mailto:saha@sahalife.co.th) ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

## รายงานส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์

วันที่.....

สหกรณ์.....เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail address :.....

ชื่อ-นามสกุล (ผู้เอาประกัน).....กรมธรรม์ เลขที่.....แบบกรมธรรม์.....

วัน เดือน ปี ที่เกิดเหตุ.....สาเหตุ.....สถานที่.....

เอกสารของผู้เอาประกัน เพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ

- หนังสือเรียกร้องค่าทดแทนตาม (แบบฟอร์มของบริษัทฯ)
- ต้นฉบับใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา (แบบฟอร์มของบริษัทฯ) หรือใบรับรองแพทย์
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล
- ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาเอกสารเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง)
- หน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย กรณีให้ออนเงินสินไหมเข้าบัญชี

เอกสารเพิ่มเติม กรณีถูกทำร้ายร่างกาย หรืออุบัติเหตุที่เกิดทางรถยนต์/รถมอเตอร์ไซด์ หรือที่มีการแจ้งความจากสถานีตำรวจ

- สำเนาบันทึกระจำวันเกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ
- รูปถ่ายกรณีสูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
- ข่าวนหนังสือพิมพ์ (ถ้ามี)

**\*\* หมายเหตุ :** เอกสารของผู้เอาประกันภัยให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง และให้ตัวแทน หรือสหกรณ์

ตรวจเอกสารถูกต้องกับต้นฉบับจริงแล้วลงลายมือชื่อรับรอง

กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้รับรองลายนิ้วมือโดยพยาน 2 ท่าน และให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของพยานทั้ง 2 ท่าน พร้อมรับรองสำเนามาด้วย

ลงชื่อผู้ส่ง.....

( )

ตำแหน่ง.....