



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ประกันภัยเงินทดแทนแรงงาน

WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM

กรุณารอบแบบฟอร์มเรียกร้องนี้โดยละเอียดและครบถ้วนที่สุด และส่งคืนบริษัทฯ โดยเร็วหลังจากท่านทราบอุบัติเหตุ

This form should be completed as fully and accurately as possible and return to the Company immediately after accident

ผู้เอาประกันภัย (นายจ้าง) / The Insured (Employer)

ชื่อผู้เอาประกันภัย / Name Insured	กรมธรรม์เลขที่ / Policy No.
ที่อยู่ / สถานที่เอาประกันภัย Address	
ประเภทกิจการ / Nature of business	จำนวนลูกจ้าง / Number of employees
ชื่อผู้แจ้ง / ผู้ติดต่อ Insured's contact name	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย / Relationship with Insured
อีเมล E-mail	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ / Phone No.
ประกันภัยอื่น / Other Insurance	<input type="checkbox"/> มี / Yes                      โปรดระบุ / Please provide details <input type="checkbox"/> ไม่มี / No

ลูกจ้างผู้ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย / Injured or Sick Employee

ชื่อลูกจ้าง / Employee Name	อายุ / Age	สัญชาติ / Nationality	
ที่อยู่ติดต่อได้ / Address เบอร์โทรศัพท์ / Phone no.			
เข้าทำงานเมื่อวัน / เดือน / ปี Date of employment	หน้าที่การงาน เมื่อประสบอันตราย หรือบาดเจ็บ / Occupation when injured or sick		
โดยปกติ ทำงานเดือนละ ..... วัน, สัปดาห์ละ ..... วัน, วันละ ..... ชั่วโมง Regular work: per month ..... days, per week ..... days, per day ..... hours			
ประกันภัยฉบับอื่น / Other Insurance	<input type="checkbox"/> มี / Yes                      โปรดระบุ / Please give details <input type="checkbox"/> ไม่มี / No		
ลูกจ้างมีผู้อยู่ในอุปการะดังต่อไปนี้ / List of Employee's dependents			
ชื่อและนามสกุล / Name & Surname	อายุ / Age	ที่อยู่ / Address	ความเกี่ยวข้องกับลูกจ้าง / Relationships

การประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย / Injury or Sickness

วันที่เกิดเหตุ / Date of injury or sickness	เวลา / Time
สถานที่เกิดเหตุ / Loss location	
เหตุและลักษณะการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย / Cause of injury or sickness	
ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย / Nature of injury or sickness	
ให้การรักษาพยาบาลที่ .....	วันที่เข้ารักษา .....
Medical treatment by / at	Visit date
วันที่ออกจากโรงพยาบาล .....	Issued date
ทำให้ทำงานไม่ได้ ตั้งแต่วันที่ .....	กลับเข้าทำงานเมื่อ วันที่ .....
Resulting to absence from work since (date / month / year)	Returned to work on (date / month / year)
ขณะประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย ลูกจ้างได้รับค่าจ้างในอัตรา ..... ละ ..... บาท	
Employee's wages when injured or sick (monthly, weekly, daily) Rate ..... Baht	
ก่อนการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย ย้อนหลังไป 6 เดือน ลูกจ้างได้รับค่าจ้าง (ไม่รวมค่าล่วงเวลา และค่าทำงานในวันหยุดแต่ละเดือน)	
Wages during last 6 months before injury (Excluding overtime charge and overtime payment for work on holiday in each month) as follows:	
ชื่อเดือน / Month	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย ให้กรอกข้อความ ดังต่อไปนี้ด้วย	
In case of death caused by injury or sickness, please complete the following:	
ลูกจ้างถึงแก่ความตายเมื่อวันที่ .....	ณ .....
Date of Employee's death .....	at .....
บันทึกประจำวันตำรวจ / Police Report	<input type="checkbox"/> มี / Yes      สถานีตำรวจ / Police Station <input type="checkbox"/> ไม่มี / No

ข้าพเจ้า/เรา ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องเป็นจริงตามที่ข้าพเจ้า/เราได้ทราบมาและเชื่อเป็นดังนั้นทุกประการ  
I/We hereby declare that to the best of my/our knowledge and belief, the above statement are fully and truly made

Insured Signature ลงชื่อผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_

วันที่ / Date \_\_\_\_\_

**หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา**  
**CONSENT LETTER OF MEDICAL HISTORY DISCLOSURE**

ข้าพเจ้า/เรา ผู้ลงลายมือด้านล่างนี้ขอยินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งกระทำการตรวจ รักษา บำบัด หรือ  
จ่ายยารักษาแก่ข้าพเจ้า/เรา มีอำนาจให้ข้อมูลรวมถึงเอกสารใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยา หรือ  
การรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดของข้าพเจ้า แก่ บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวร์นซ์ และ/หรือ บริษัท เอไอจี ประกันภัย  
(ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ / หรือ บุคคลที่ได้รับมอบหมาย สำเนาเอกสารนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I/We hereby authorize any hospital, clinic, physician, or other person who has attended or examined or prescript me/us to fully  
furnish information and documents with respect to my / our illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment,  
and copies of all hospital or medical records to New Hampshire Insurance Company and / or AIG Insurance (Thailand) Public  
Company Limited and / or its representative. I agree that a photocopy of this authorization shall be considered as effective and  
valid as the original.

ลงชื่อ / Signature \_\_\_\_\_  
( ) วันที่ / Date \_\_\_\_\_

หมายเหตุ: โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

Remark: Please attach copy of ID card or passport with certified true copy.

เอกสารเบื้องต้นสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน / Claim Documents

- แบบเรียกร้องค่าสินไหม / Claim Form
- ใบรับรองแพทย์, ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง) / Medical Report, Medical Receipts (original)
- สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนการค้า / Copy of ID Card, Copy of Company Affidavit
- ใบแสดงสิทธิการจ้างงานและอัตราค่าจ้าง / Proof of Employment and wages
- บันทึกประจำวันตำรวจ / Police Report
- สำเนาใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) / Death Certificate (if death claim)
- สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (กรณีเสียชีวิต) / Autopsy Report (If death claim)
- และเอกสารอื่นที่บริษัทอาจร้องขอในภายหลัง / And other documents as required by us later.

หมายเหตุ: เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุข้างต้น เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีอาจขอ  
เอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

ติดต่อสอบถาม โทร. +66 2 649 1999 / Please Contact + 66 2 649 1999 email: [thclclaims@aig.com](mailto:thclclaims@aig.com)