



redefining / standards

**AXA Insurance PCL.**

23<sup>rd</sup> Fl., Lumpini Tower, 1168/67 Rama 4 Road,  
Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120

☎ + 66 2118 8000

☎ + 66 2285 6375

@ claims@axa.co.th

🌐 www.axa.co.th



## แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเบ็ดเตล็ด

# Non Motor Claim Form

กรมธรรม์เลขที่

Policy No.

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ขอให้ท่าน (1) กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มฉบับนี้ให้ครบถ้วน (2) จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุในด้านท้ายฉบับนี้ (3) นำส่งเอกสารทั้งหมดให้กับบริษัทฯ โดยเร็ว

To speed up the process, please (1) Complete this form, (2) Prepare the relevant documents listed on page two, and (3) Mail them to AXA Office as soon as possible.

### 1. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย INSURED DETAILS

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured name			
เบอร์โทรศัพท์มือถือ Mobile No.		อีเมลล์ Email Address	
ที่อยู่สำหรับติดต่อ Address			

### 2. (หากมี) รายละเอียดการเกิดเหตุ Details of the incident

วันเวลาที่เกิดเหตุ Date & Time of Loss			
สถานที่เกิดเหตุ Location of Loss			
บรรยายเหตุการณ์ Narration of Incident	***กรุณาระบายสาเหตุของความเสียหายให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ และความรวดเร็วในการพิจารณาใช้ค่าสินไหมทดแทน		
ในกรณีการโจรกรรม Burglary Claim	ร้องเรียนความเสียหายต่อตัวอาคาร <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ***โดยข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจมาพร้อมกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้แล้ว		
ทรัพย์สินที่เสียหาย / สูญหาย Damaged Property List	***กรุณาระบุทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหายให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ และความรวดเร็วในการพิจารณาใช้ค่าสินไหมทดแทน		
ในกรณีเกิดความเสียหายต่อบุคคลภายนอก Third Party Claim	***กรุณาระบุรายละเอียด ได้แก่ชื่อ และข้อมูลในการติดต่อบุคคลภายนอก		
มีประกันภัยอื่นที่มีผลคุ้มครองความเสียหายครั้งนี้หรือไม่/ หากมี โปรดแจ้ง Do you have other insurance covering this loss? If yes, please provide	บริษัทประกันภัย Insurance Company	:	
	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.	:	

\* หากพื้นที่ไม่พอ สามารถกรอกในกระดาษแยกต่างหากได้ If space is insufficient, please give details in a separate paper

### 3. (หากมี) กรณีสาเหตุของความเสียหายเกิดจากบุคคลภายนอก Details of Violator

ชื่อผู้กรณีย์ Violator name	บริษัทประกันภัยผู้กรณีย์ Violator Insurer
รายละเอียดติดต่อผู้กรณีย์ Violator contact info	

### 4. เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่แนบมา Claim supporting Document

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน \*\*\*บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

Below is a list of minimum documents required to proceed your claim. In certain circumstances, more information may be required to substantiate the claim.

ประเภทของความเสียหาย Type of Loss/ Accident	เอกสารที่จำเป็น (โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) Documents Required (Please tick against the documents you have submitted.)
***เอกสารประกอบทุกกรณี Basic for all types	<input type="checkbox"/> แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Claim form <input type="checkbox"/> ภาพถ่ายความเสียหาย Photograph of the damaged property <input type="checkbox"/> ใบเสนอราคาซ่อมแซมความเสียหาย Quotation of the damaged property
(รวมกับ) เอกสารเฉพาะหมวด (plus) as applicable below:	
เอกสารอื่นๆ Other claim relevant document	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน และ/หรือ หนังสือรับรองบริษัท ID Card and/or Company Affidavit <input type="checkbox"/> รายงานการเกิดเหตุ Insured Internal Report <input type="checkbox"/> รายงานวิเคราะห์สาเหตุความเสียหาย Damaged Report <input type="checkbox"/> รายงานทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย Damaged Property Report <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงมูลค่าทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย Receipts for the loss or damage property

โปรดแจ้งรายละเอียดบัญชีธนาคารของท่าน เพื่อการชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่ท่านโดยตรง

Please provide your bank details for us to accelerate your claims payment process by direct transfer to your bank account.

ชื่อบัญชี (ตามสมุดบัญชี) Name (as per bank account)	ธนาคาร Bank Name
เลขที่บัญชี Account No.	สาขาธนาคาร Bank Branch

**คำรับรอง** ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุดังกล่าวต่อบริษัทฯ

**[Declaration]** I/We hereby declare that the above statements and facts are true, copies of documents are identical with the original one, and that I/We have not withheld from the Company, any information within my/our knowledge connected with the accident.

**[คำอนุญาต]** ข้าพเจ้าอนุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นที่ดูแลหรือตรวจอาการของข้าพเจ้าหรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ และทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การส่งคำปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษา และสำเนาของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด

**[Authorization]** I/We hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the injured person or the deceased, to furnish to the company, or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

**[นโยบายความเป็นส่วนตัว]** ท่านยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และ ตกลงให้บริษัทฯ แอ็กซ่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) และบริษัทในเครือ รวบรวม ใช้ และจัดเก็บ ข้อมูลของท่าน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการแก่ท่าน และหรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดย บมจ.แอ็กซ่า ประกันภัย จะใช้ข้อมูลของท่านในการปรับปรุง และจัดเตรียมบริการให้แก่ท่าน และจะไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตเว้นแต่จะเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด หากท่านไม่ประสงค์ให้ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลข้างต้น โปรดติดต่อพนักงานของ บมจ.แอ็กซ่า ประกันภัย

**[Customer's Data Privacy Clause]** You confirm the accuracy of this information and agree what AXA insurance Public Company Limited and its affiliates may collect, use and retain your information gathered as part of the service that are produced to you and/or for direct marketing purposes and in this connection. AXA Insurance PCL may use this information to improve or provide customized services to you and will not disclose this information to unauthorized person except legal/regulatory requirements. If you do not agree on the above, please contact AXA staff.

วันที่: \_\_\_\_\_  
Date

ลงนามผู้เอาประกันภัย: \_\_\_\_\_  
Signature of Insured