





**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

**Tokio Marine Safety Insurance (Thailand) PCL.**

S&A Building, 2<sup>nd</sup> - 6<sup>th</sup> floors, No. 302, Silom Road,  
Khwaeng Suriyawong, Khet Bangrak, Bangkok 10500  
Tel. 0-2257-8000 Fax. 0-2253-3701, 0-2253-4222  
Claims Services Tel. 0-2257-8080 Fax. 0-2655-0143

บมจ. คัมภีร์โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย)

อาคารเอสแอลดีเอ ชั้น 2-6 เลขที่ 302 ถนนสีลม  
แขวงสุริยวงค์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ : 0107563000011



**ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย**

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า

ประเภทบัญชี:  ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร ..... สาขา .....

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....

**\*\* พร้อมกันนี้ กรุณาลำดับสำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง \*\***

**แนบเอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา ดังนี้**

- ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตามแบบฟอร์มของบริษัท
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี พร้อม รับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร **ออมทรัพย์** ของผู้เอาประกันภัย (เท่านั้น)

**การเรียกร้องค่าสินไหมกรณีเสียชีวิต**

- สำเนาใบมรณบัตรรับรองโดยนายทะเบียนท้องถิ่น
- สำเนารายงานชั้นสูตกรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน
- สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ 1. บริษัทจะพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกัน/ผู้รับผลประโยชน์/ผู้แทนแนบเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น  
2. การจ่ายค่าสินไหมทดแทนจะเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์

**กรณีเสียชีวิต ผู้รับประโยชน์ กรุณาลงลายมือชื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์**

ลงชื่อ ..... ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1  
(.....)  
วันที่ ...../...../.....  
ความสัมพันธ์ .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2  
(.....)  
วันที่ ...../...../.....  
ความสัมพันธ์ .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับประโยชน์ คนที่ 3  
(.....)  
วันที่ ...../...../.....  
ความสัมพันธ์ .....

**\*\* กรุณานำส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผ่านช่องทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ด้านล่าง \*\***



**บมจ. คัมภีร์โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย)**

อาคารเอสแอลดีเอ ชั้น 2-6 เลขที่ 302 ถนนสีลม แขวงสุริยวงค์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ติดต่อฝ่ายสินไหมทดแทน เวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-16.45 น. โทร 02-2578000 ต่อ 8060,8065,8058 แฟกซ์ 02-6556982  
นอกเวลาทำการ หรือวันเสาร์-อาทิตย์ ติดต่อศูนย์รับแจ้ง ตลอด 24 ชั่วโมง โทร 02-2578080 E-mail: personalclaim@tokiomarinesafety.co.th