

MUANG THAI INSURANCE

ติดต่อสอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า Customer Service Center 1484

เอกสารประกอบการเรียนร้ียงค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าสร้างทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร ปิดเบี่ยงหรือบิดเบ่งความจริงใดๆ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมและยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที

I would certify that the foregoing statements are true in all respects. I accept and agree that if I have made any false or fraudulent statement or any suppression, distortion, concealment or untrue averment whatever, my right on this compensation is accepted and agreed to be absolutely and immediately lapsed.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลให้แก่บริษัทประกันภัยนี้ หรือผู้แทนทราบได้ทุกประการเพื่อประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้อง ชำต้น อนึ่ง สำเนาเอกสารเพื่อการมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามียผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

In addition, I, hereby authorize any concerned physician who has medically examined me to disclose this insurer all information of medical history and related evidence. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original one for the purpose of investigation and adjudication my claim. My signature below is to certify all of this statement.

.....
 (.....)
 ลงชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทน หรือผู้รับประโยชน์ • วันที่บันทึก • Record Date
 Insured, Representative, Beneficiary