

ผู้เอาประกันภัย.....กรมธรรม์เลขที่.....
Insured Policy No
() ผู้บาดเจ็บ () เสียชีวิต () ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
Injured/Death Person Age Year
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน.....อาชีพ.....
Relationship with Insured Profession
ลำดับที่, ห้องและชั้นเรียน (กรณี อบ.นักเรียน).....ลำดับที่ในกรมธรรม์.....
School Class (student P.A.) Item in policy
ที่อยู่ติดต่อสะดวก.....
Postal Address
โทร สนง., บ้าน.....มือถือ.....แฟกซ์.....

วันที่เกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย.....เวลา.....
Date of Accident Time
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....
Place of Accident

ระบุสาเหตุและเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุหรืออาการเจ็บป่วย (Please give cause and details of the accident/illness)
.....
.....
.....

มีบาดแผลหรือไม่ (Any wound ?) () ไม่มี/No () มี/Yes...ลักษณะบาดแผล (Please give details)

โรงพยาบาลหรือคลินิกที่ทำการรักษา.....วันที่รักษา.....

กรณีคนไข้ใน (IPD): เข้า ร.พ.วันที่.....ออกวันที่.....รวมพักรักษา.....วัน

ขอรับรองว่าข้อความตามแจ้งถูกต้องตรงตามความจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือ
โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเปิดเผยและให้ข้อมูลกับ บริษัท แอล เอ็ม จี ประกันภัย จำกัด ตามที่ต้องการ

I warrant that the statements as given are true and correct and I hereby authorize my doctors and or the hospitals
involved to release all information in respect of my medical treatments to LMG Insurance Co.,Ltd as required.

ลงชื่อ.....ผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วย/ผู้รับประโยชน์

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดประทับตราบริษัทหรือสถานศึกษา