



Chubb Samaggi Insurance PCL.
2/4 Chubb Tower, 12 Fl.,
Northpark Project
Vibhavadi-Rangsit Rd.
Thung Song Hong, Laksi
Bangkok 10210

บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2/4 อาคารชัยบุรี ชั้นที่ 12
โครงการนอร์ธปาร์ค
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ +66 0 2555 9100
โทรสาร +66 0 2955 0205
www.chubb.com/th

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และ การเดินทาง

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
2. กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
3. เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังนี้

3.1 ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยส่งตามที่อยู่ : หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ

เลขที่ 2 / 4 บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารชัยบุรี ชั้น 12 โครงการนอร์ธปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

3.2 ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้าประกันภัย / ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขา / สำนักงานสาขา ของ บริษัทชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เอาประกันภัย		กรมธรรม์เลขที่	
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ / Passport No.	เพศ	วัน / เดือน / ปีเกิด	
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้			
อาชีพ	อีเมลที่ติดต่อได้		
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน		
ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัยและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน		ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
โปรดระบุชื่อผู้เอาประกันภัย	ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท		

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมภายใต้สิทธิประโยชน์ของบัตรเครดิต โปรดระบุประเภทบัตรเครดิต _____ เลขที่บัตรเครดิต _____

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

- เช็คเงินสด
- ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค _____
- ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย ประเภทออมทรัพย์ (หน้าแรก)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ให้กับบริษัทประกันภัยอื่นและ/หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้าผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด(มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามัลผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

วันที่

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน

วันที่

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

สาขา / ช่องทาง

โทรศัพท์

วันที่

ส่วนที่ 1 : ค่ารักษาพยาบาล ขาดเขยรายได้ / ขาดเขยกระดูกแตกหัก ประกันภัยโรคมะเร็ง

วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี) / / เวลา วันที่พบแพทย์ครั้งแรก / /

บรรยายลักษณะการเกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ และ/หรือ อาการที่ปรากฏ	กรณีประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ขณะเกิดเหตุผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ขับขี่ <input type="checkbox"/> โดยสาร <input type="checkbox"/> ใช้ทางเท้า ประเภทยานพาหนะ <input type="checkbox"/> รถยนต์ <input type="checkbox"/> รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ แจ้งความสถานีตำรวจ _____
--	--

ค่ารักษาพยาบาล

ขาดเขยรายได้ / ขาดเขยกระดูกแตกหัก

ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง) | <input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> รายงานผลชิ้นเนื้อ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> फिल्मเอกซเรย์และการแปลผลโดยแพทย์ | <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน) | (เฉพาะกรณีขาดเขยกระดูกแตกหัก) | |
| <input type="checkbox"/> เอกสารยื่นขออนุมัติการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง) | | |

ส่วนที่ 2 : การเสียชีวิต ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) / / เวลา สถานที่เกิดเหตุ

กรุณابรรยายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

การเสียชีวิต

ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ | <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ) | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ) | (กรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์กรุณานำ สำเนาบัตรประชาชน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบันทกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ) | และทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์) |

ส่วนที่ 3 : การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง การล่าช้าในการเดินทาง อื่นๆ.....

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) / / เวลา สถานที่เกิดเหตุ (เมือง / ประเทศ)

กรุณابรรยายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ (กรณีกระเป๋าเดินทางล่าช้า โปรดระบุวันเวลาที่ได้รับกระเป๋า)

กำหนดการเดินทางเดิม

วัน / เดือน / ปี _____ / _____ / _____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

กำหนดการเดินทางใหม่

วัน / เดือน / ปี _____ / _____ / _____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

รายละเอียดของรายการสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าในการเดินทางหรือการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

รายการสูญเสีย / เสียหาย / ค่าใช้จ่าย	วัน / เดือน / ปี ที่ซื้อ	ราคาที่ซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการล่าช้าของการเดินทางหรือกระเป๋าเดินทาง, การบอกเลิกหรือลดจำนวนวันเดินทาง ให้ระบุเหตุผลและระยะเวลา)
- เอกสารแสดงการชดใช้ของผู้ขนส่งหรือเจ้าของสถานพำนัก
- เอกสารรายงานความเสียหายหรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง
- ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
- เอกสารแสดงการสำรองการเดินทางและเอกสารแสดงการเดินทางจริง