

**แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และ การเดินทาง**

**คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม**

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับอุบัติเหตุในคอนทักต์แต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน
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 / ธนาคารแลนด์ แอนด์ เฮาส์ทุกสาขา / สำนักงานสาขา ของ บริษัทชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองอำนาจถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

<b>ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)</b>			
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	
โปรครระบุชื่อผู้เอาประกันภัย		ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท	

<b>ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน</b>
<input type="checkbox"/> เช็คเงินสด
- ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค _____
<input type="checkbox"/> ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร
- สำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ธนาคารแลนด์ แอนด์ เฮาส์ ของผู้เอาประกันภัย

**คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าทราบว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ ให้กับบริษัทประกันภัยรายอื่นและ/หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

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

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย	วันที่	ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน	วันที่
<b>เฉพาะเจ้าหน้าที่</b>			
เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง .....		สาขา / ช่องทาง .....	
โทรศัพท์ .....		วันที่ .....	

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) / / เวลา

วันที่พบแพทย์ครั้งแรก / /

กรณีได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล

- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง)
- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกัน
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)

ชดเชยรายได้ / ชดเชยกระดูกแตกหัก

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- फिल्मเอกซเรย์และการแปลผลโดยแพทย์ (เฉพาะกรณีชดเชยกระดูกแตกหัก)

ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- รายงานผลชิ้นเนื้อ
- ประวัติการรักษา

ส่วนที่ 2 :  การเสียชีวิต  ทูพลาการลวาร์สิ้นเชิง  การสูญเสียอวัยวะ

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) / /

เวลา

สถานที่เกิดเหตุ

กรณารายรายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

การเสียชีวิต

- สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกัน
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)
- สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)
- สำเนาบันทกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)

ทูพลาการลวาร์สิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ

- ใบรับรองแพทย์
  - ประวัติการรักษา
  - รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ
  - สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านผู้เอาประกัน
- (กรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์กรุณานำ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์)

ส่วนที่ 3 :  การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง  การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง  การล่าช้าในการเดินทาง  อื่นๆ.....

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) / /

เวลา

สถานที่เกิดเหตุ (เมือง/ประเทศ)

กรณารายรายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ (กรณีกระเป๋าเดินทางล่าช้า โปรดระบุวันเวลาที่ได้รับกระเป๋า)

กำหนดการเดินทางเดิม

วัน / เดือน / ปี \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ เวลาออกเดินทาง \_\_\_\_ เวลาถึง \_\_\_\_ เที่ยวบิน \_\_\_\_

กำหนดการเดินทางใหม่

วัน / เดือน / ปี \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ เวลาออกเดินทาง \_\_\_\_ เวลาถึง \_\_\_\_ เที่ยวบิน \_\_\_\_

รายละเอียดของรายการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าในการเดินทางหรือการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

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