**กรณีของการเรียกร้องสินไหมทดแทน**

1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา 11. การยกเลิกการเดินทาง

หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ 12. การลดจำนวนวันเดินทาง

1. การรักษาพยาบาล 13. การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง
2. การรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวที่อยู่ภายในกระเป๋าเดินทาง
3. การเยี่ยมไข้ 14. การสูญเสียหรือเสียหายของเงินส่วนตัว
4. ชดเชยรายวันระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล 15. การสูญหายหรือเสียหายของเอกสารการเดินทาง

หรือสถานพยาบาลเวชกรรมในฐานะผู้ป่วยใน 16. การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

1. ค่าโทรศัพท์ในกรณีฉุกเฉิน 17. การล่าช้าของเที่ยวบิน
2. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน 18. การพลาดการต่อเที่ยวบิน

หรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศไทย 19. การจี้เครื่องบิน

1. ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศ 20. ความเสียหายส่วนแรกสำหรับรถเช่า
2. การส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย 21. อื่นๆ ..............................................................................
3. ความรับผิดต่อบุคคลภายนอก …………………………………………………..

**รายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกันภัย**

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่......................................................................................................................................................................

ชื่อ-นามสกุล ..........................................................................................................................................................................................

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน...........................................................เลขที่หนังสือเดินทาง...................................................................

วัน / เดือน / ปีเกิด ...................................... อายุ...................... ปี เพศ ชาย หญิง น้ำหนัก ................. กก. ส่วนสูง............ซม.

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน เลขที่..........................................................หมู่ที่................. หมู่บ้าน.................................................................

อาคาร.................................................. เลขห้อง / ชั้นที่ ................................................ ซอย...............................................................

ถนน.................................................... แขวง / ตำบล .....................................................เขต / อำเภอ..................................................

จังหวัด................................................. รหัสไปรษณีย์..........................................................................................................................

โทรศัพท์.............................................. โทรสาร ....................................................... อีเมล .................................................................

**รายละเอียดข้อมูลการเดินทาง**

วัน / เดือน / ปี ที่เดินทาง......................................................................... จุดหมายปลายทาง ...............................................................

**กรณีแจ้งเคลมข้อที่ 1- 8 กรุณาระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้**

วัน / เดือน / ปีที่เกิดเหตุ .................................. เวลา ...................... สถานที่เกิดเหตุ .................................... ประเทศ .........................

โรคประจำตัว ................................................. โรงพยาบาลที่รักษาประจำ ..........................................................................................

สาเหตุของอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ................................................................................................................................................................

คำวินิจฉัยแพทย์ ...................................................................................................................................................................................

วันที่รักษา .................................. โรงพยาบาล .................................................... เป็นเงิน ................................. สกุลเงิน ..................

วันที่รักษา .................................. โรงพยาบาล .................................................... เป็นเงิน ................................. สกุลเงิน ..................

วันที่รักษา .................................. โรงพยาบาล .................................................... เป็นเงิน ................................. สกุลเงิน ..................

วันที่รักษา .................................. โรงพยาบาล .................................................... เป็นเงิน ................................. สกุลเงิน ..................

**กรณีแจ้งเคลมข้อที่ 9-21 กรุณาระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้**

วัน / เดือน / ปีที่เกิดเหตุ .................................. เวลา ...................... สถานที่เกิดเหตุ .................................... ประเทศ .........................

กรุณาบรรยายเหตุการ์ณที่เกิดขึ้น ..........................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

รายการตามความเสียหาย/ผลกระทบที่เกิดขึ้น .....................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

รายการที่เรียกร้อง

1. ........................................................ วันที่ .................................................. จำนวน ................................. สกุลเงิน .........................

2. ........................................................ วันที่ .................................................. จำนวน ................................. สกุลเงิน .........................

3. ........................................................ วันที่ .................................................. จำนวน ................................. สกุลเงิน .........................

4. ........................................................ วันที่ .................................................. จำนวน ................................. สกุลเงิน .........................

5. ........................................................ วันที่ .................................................. จำนวน ................................. สกุลเงิน .........................

6. ........................................................ วันที่ .................................................. จำนวน ................................. สกุลเงิน .........................

**การรับค่าสินไหมทดแทน**

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทนโดย

 เช็ค จัดส่งที่ .....................................................................................................................................................................................

 ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร .......................................... สาขา ............................. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

 ชื่อบัญชี ..................................................................... เลขบัญชี ......................................................................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ดังกล่าวต่อบริษัทฯ

ข้าพเจ้าอนุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นที่ดูและตรวจอาการของข้าพเจ้าหรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ และทั้งหมดที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การขอคำปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษาและสำเนาของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด

...........................................................................................

(...........................................................................................)

 ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

.............................. /................................ /..........................

 วัน / เดือน / ปี

 **กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในสถานะที่เรียกร้องได้**

...........................................................................................

(...........................................................................................)

 ลายมือชื่อผู้ทำการแทน

...........................................................................................

 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

.............................. /................................ /..........................

 วัน / เดือน / ปี

**เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา**

 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน 7. ตั๋วเครื่องบินหรือเอกสารอื่นๆ ที่ยืนยันการขึ้นเครื่องบิน

 ประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ 8. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย

 2. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้รับความคุ้มครอง 9. หนังสือรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรจาก.......................

 3. สำเนาใบมรณบัตรของผู้เสียชีวิต ………………………………………………………..

 4. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ 10. รูปถ่ายของความสูญเสียหรือความเสียหาย

 5. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ 11. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้ได้รับความคุ้มครอง

 6. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการ 12. อื่นๆ ............................................................................

 ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ............................................................................