

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม

กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2, 3 และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ
การเรียกร้องสินไหม แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบสำหรับผู้อประกันภัยหนึ่งราย

กรุณาเก็บสำเนาเอกสารทั้งหมดที่ส่งคืนมายังบริษัทฯ เพื่อเป็นหลักฐาน

เลขที่เรียกร้องสินไหม:

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ : ผู้อประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อให้เอกสารการเรียกร้องสินไหมนี้สมบูรณ์ ตลอดจนหลักฐานประกอบอื่นๆ

ในกรณีที่ผู้อประกันภัยไม่สามารถให้เอกสารตามที่ระบุไว้นั้น ทางบริษัทมีสิทธิปฏิเสธเนื่องจากเอกสารไม่ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี)

กรมธรรม์เลขที่:

ชื่อ- นามสกุล ผู้อประกันภัย:

เชื้อชาติ และประเทศที่อาศัย:

อาชีพ:

วันเกิด :

ที่อยู่ (สำหรับติดต่อ):

เบอร์โทรศัพท์:

ที่ทำงาน:

บ้าน

มือถือ:

รายละเอียดการเดินทาง

วันที่ทำการจอง:

วันที่ออกเดินทาง:

วันที่เดินทางกลับ:

เดินทางไปยัง (ในประเทศ หรือต่างประเทศ):

คุณเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมดังกล่าว (เช่น วันที่ จำนวนเงิน ประเภทของการเรียกร้องสินไหม บริษัทประกันภัยคู่สัญญา):

กรุณาระบุประเภทของสินไหมที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์ของท่าน (กรุณาทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม)



ค่ารักษาพยาบาล



การชดเชยความรับผิดชอบแรกสำหรับค่าเช่ารถ



อุปกรณ์กอล์ฟ



สัมภาระสูญหาย / เสียหาย หรือของพกส่วนตัว



การยกเลิกหรือการตัดทอนการเดินทาง



กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ



การเดินทางล่าช้า / พลาดการต่อเที่ยวบิน



สัมภาระล่าช้า



กรณีเรียกร้องค่าทดแทนอื่นๆ

กรุณานำแบบเอกสารหลักฐานมาพร้อมกับแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม

- ☐ สำเนาตารางกรมธรรม์และกำหนดการเดินทาง
- ☐ สำเนาพาสปอร์ต และวีซ่า (ถ้ามี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ ตัวเครื่องบินคันลบบั๊ อีเล็กทรอนิกส์ บัตรขึ้นเครื่องบินหรือสำเนา ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง

ส่วน 2 รายละเอียดการเรียกร้องสินไหม

A: การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากการเดินทางล่าช้า/พลาดการต่อเที่ยวบิน

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.A และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่เอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณายืนยันวันที่ เวลา และจุดหมายการเดินทางที่ท่านกำหนดจะไปถึงหรือเพื่อต่อเที่ยวบิน

วัน: เวลา : จุดหมายการเดินทาง:

กรุณายืนยันวันที่ เวลาที่ท่านเดินทางไปถึงตามจริงหรือเวลาที่ออกเดินทางต่อ

วัน: เวลา :

กรุณายืนยันเวลาทั้งหมดที่ล่าช้าทั้งมาถึงและออกเดินทาง

ชั่วโมง: นาที:

สาเหตุความล่าช้า :

ถ้าท่านเดินทางโดยเครื่องบินกรุณาระบุเที่ยวบิน

B. รายละเอียดการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากสภาวะสูญหาย / เสียหาย เงินสูญหาย เอกสารการเดินทางสูญหาย

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.B และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่เอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมในกระดาษและแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)

ท่านได้ดำเนินการแจ้งความต่อตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ กรุณาระบุสถานีตำรวจ หรือหน่วยงาน (เช่น สายการบิน ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน):

ถ้าไม่ใช่ กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้แจ้งความ :



คุณได้รับการชดเชยจากตัวแทนบริษัทท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่น ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ชื่อบริษัท : _____ หมายเลขกรมธรรม์ : _____

กรณารายละเอียดการสูญหาย ความเสียหายหรือการจรรยาบรรณการเงิน หรือเอกสาร (เช่น หนังสือเดินทาง) ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษและแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม					
รายละเอียด (รวมถึงสถานที่เกิดเหตุ ถ้าเป็นเงินการระบุนสกุลเงิน)	เจ้าของ	ราคาที่ซื้อ (การระบุนสกุลเงิน)	วันที่และสถานที่ซื้อ (การระบุนถ้าท่านไม่ได้เป็นเจ้าของ)	วิธีการชำระเงิน (เช่น บัตรเครดิต)	จำนวนเงินที่เรียกร้องสินไหม (การระบุนสกุลเงิน)

C. การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากสัมภาระล่าช้า

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.C และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่ทำการหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรณาระบุวันที่และเวลาที่ท่านเดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง
วัน: _____ เวลา : _____ เที่ยวบิน: _____

สาเหตุที่สัมภาระล่าช้า: _____

ท่านเคยได้รับการชดเชยจากบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่นๆ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าเคย กรุณารายละเอียด _____

D. การเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล หรือการตัดทอนการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.D, 2.G และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่ทำการหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรณาระบุนสถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย : _____
วันที่: _____ ประเทศ : _____

กรณาระบุนสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากการตัดทอนการเดินทาง กรุณาระบุนเหตุผล : _____



ประเภทของการรักษาพยาบาล :		
ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล /: คลินิก		
ชื่อแพทย์ที่ทำ การรักษา:		
วันที่เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลหรือวันที่ได้รับการรักษา :		
อาการบาดเจ็บหรือป่วยไข่นี้เคยเกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		
กรุณาระบุรายละเอียดของประกันสุขภาพ ซึ่งท่านมี (เช่น ประกันสุขภาพส่วนบุคคล ประกันกลุ่มของบริษัท):		
กรุณาระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง(ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)		
ประเภทค่ารักษาพยาบาล (เช่น ค่าแพทย์)	ชื่อโรงพยาบาล / แพทย์	สกุลเงิน และจำนวนเงินที่ได้ชำระ
จำนวนเงินทั้งหมดที่จะเรียกร้องสินไหม		

กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และค่า แนะนำ จากแพทย์ทั้งหมดที่ได้รับในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา		
รายชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา	วันที่ได้ทำการรักษาหรือแนะนำ	ลักษณะ / ชนิด ของการเจ็บป่วย บาดเจ็บ / ชนิดของการรักษา / การใช้ยา



ปัจจุบัน คุณอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล หรือรับประทานยาหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลหรือรับประทานยาในปัจจุบัน :

E. การเรียกร้องสินไหมการยกเลิกการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.E และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในคอนแทกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในคอนทัก

1. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านตัดสินใจได้รับแนะนำให้ยกเลิกการเดินทาง:

วัน : เดือน: ปี:

2. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านแจ้งยกเลิกการเดินทางตัดสินใจได้รับแนะนำให้ยกเลิกการเดินทางแก่บริษัทท่องเที่ยว:

วัน : เดือน: ปี:

ถ้าวันที่ในข้อ 1 และข้อ 2 แตกต่างกัน กรุณาอธิบาย:

กรุณาระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ท่านยกเลิกการเดินทาง:

F. การเรียกร้องสินไหมสินไหมอื่น

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูล ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในคอนทัก

กรุณาระบุรายละเอียดมากที่สุดที่จะทำได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและต้องการเรียกร้องค่าสินไหม (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษแนบเพิ่ม)

สิ่งที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมตรงกับความรู้สึกในส่วนใดของกรมธรรม์?

G. Medical certificate

In order for your medical expenses, trip cancellation or curtailment claim to be dealt with promptly, please ensure this section is fully completed by your doctor.

Patient name:

Age/date of birth:

Date of visit/admission:

Date of discharge:

Doctor:

History of present illness:

Pre-existing illness: ☐ Yes ☐ No

If there any indication that the condition suffered was due to substance, alcohol or drug abuse: ☐ Yes ☐ No

Vital signs: BP: HR: PR: BT: BW:

General appearance:

Neuro:

HEENT:

Lungs:

Heart:

Abdomen:

Extremities:

Investigation/laboratory findings:

Diagnosis:

Medication/treatment:





Hospital course/progress:

Treating doctor's opinion:

Follow-up appointment: ☐ Yes Date: ☐ No

Home medication (if discharged):

Travel recommendation (fit to fly with or without escort, required assistances):

Permit to travel: ☐ Fit to fly date: ☐ Unfit to fly

Need escort: ☐ Yes ☐ Doctor ☐ Nurse ☐ Non-medical escort ☐ No escort

Need wheelchair assistance: ☐ Yes ☐ WCHR ☐ WCHS ☐ WCHC ☐ No

Need oxygen supplement: ☐ Yes ☐ Intermittent ☐ Continuous ☐ LPM ☐ No

Need stretcher: ☐ Yes ☐ No Others:

I certify that the statements contained in this Medical Certificate are true and correct.

Doctor's signature:

Date:

ส่วน 3 การจ่ายสินไหม (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

วิธีการจ่ายสินไหม

กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ท่านต้องการ

☐ ผ่านธนาคารของท่าน

ชื่อธนาคาร:

ชื่อบัญชี:

SWIFT/IBAN Code (สำหรับบัญชีต่างประเทศเท่านั้น)

☐ โดยเช็คส่งไปยังที่อยู่ (ที่ระบุในส่วน A)

กรุณาอ่านคำรับรองข้างล่างอย่างระมัดระวังและลงชื่อพร้อมวันที่

คำรับรอง (Declaration)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมนี้ เป็นความจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าทราบดีว่าผู้บริหารงานหรือตัวแทนอาจจะมอบให้หรือนำ ข้อมูลจากผู้ประกันภัยรายอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่น ซึ่งรายละเอียดส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องสินไหมนี้

ลายเซ็นผู้เรียกร้องสินไหม

วันที่

ข้อมูลเพิ่มเติม (Additional information)

Release of medical information

I, _____ passport number _____, hereby authorise any hospital, physician or other person who has medically examined me to furnish Euro-Center Holding SE all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment that were rendered to me. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as an original.

I understand that this authorization will allow Euro-Center Holding SE to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims.

Patient's signature:

Witness's signature:

Date of signature and location: