

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยสินเชื่อเพื่อการเข้าซื้อ Loan Protection

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเพื่อการเรียกร้อง

(การจ่ายค่าทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ จะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุในกรมธรรม์ โดยลำดับแรกคือ บริษัทผู้ให้กู้ ตามภาระหนี้สินค้างชำระ ณ เดือนที่ผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียตามความคุ้มครองหากหนี้สิน ค้างชำระน้อยกว่าค่าทดแทนที่คำนวณได้ ส่วนที่เหลือนี้จะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือทายาทโดยธรรมกรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)

- กรมธรรม์เลขที่ ชื่อ-สกุลผู้แจ้งเคลม
- ระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย โทร. โทรสาร.
- ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี อาชีพ ตำแหน่ง
- ชื่อสถานที่ทำงาน
- อุบัติเหตุ หรืออาการป่วยเกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.
 - สถานที่เกิดอุบัติเหตุ หรือ เกิดอาการป่วย.....
 - รายละเอียดอุบัติเหตุ หรืออาการป่วย (กำลังทำอะไรกับใคร เหตุการณ์เกิดอย่างไร สาเหตุ เกิดการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างไร)
 - อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ลักษณะบาดเจ็บ ผลการวินิจฉัยโรค
 - ท่านเคยเป็นโรคนี้อีก หรือมีอาการป่วย หรือมีอาการผิดปกติเช่นนี้หรือไม่ ก่อนที่กรมธรรม์จะเริ่มความคุ้มครองในปีแรก
 - ไม่เคย เคย แต่รักษาหายแล้ว เคย และอยู่ในระหว่างรักษาตัว ยังไม่หาย
 - เคย และยังไม่ได้รับการรักษามาก่อนเลย
 - เรียกร้องค่าทดแทน ดังนี้ (สามารถเรียกร้องค่าทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ตามข้อตกลงคุ้มครองเพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น)
 - หมวดที่ 1 การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
 - หมวดที่ 2 การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากการเจ็บป่วย
 - หมวดที่ 3 การเจ็บป่วยด้วยภาวะ หรือโรคร้ายแรง (โปรดระบุ)
 - โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ภาวะโคมา ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว
 - ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลว ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
 - ค่าสินไหมทดแทน ค่ารักษาพยาบาล เงินชดเชยรายได้ เป็นจำนวนเงิน บาท

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแจ้งเท็จ แสร้งทำขึ้น ปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือน หรือ ปิดบังความจริงใด ๆ สิทธิที่จะได้ค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(สำหรับผู้เอาประกันภัย หรือญาติ (กรณีผู้เอาประกันภัยไม่สามารถบันทึกได้) หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต)
 ลงชื่อผู้เรียกร้องฯ ระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย
 (ตัวบรรจง) (.....) วันที่ส่งเรื่องเรียกร้อง (.....)

ส่วนที่ 2 : การยินยอมของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย หรือผู้รับประโยชน์ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับ ความบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องเรียกร้อง ข้างต้น และโปรดสำเนาเอกสารทางการแพทย์ รายงานการรักษาของข้าพเจ้า หรือผู้เสียชีวิต ให้แก่ บมจ. คুমภักดิ์โตเกียวมารีน ประกันภัย (ประเทศไทย) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ของข้าพเจ้าตาม เงื่อนไข ของกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

(ผู้เอาประกันภัยผู้ให้ความยินยอม)

ลงชื่อ

.....

(ตัวบรรจง)

วันที่ / /

(ลงนามกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ได้)

ลงชื่อผู้รับประโยชน์

.....

(ตัวบรรจง)

วันที่ / /

ความสัมพันธ์กับผู้ให้ความยินยอม



เอกสารเบื้องต้นประกอบการเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยสินเชื่อเพื่อการเข้าซื้อ

กรณีเสียชีวิต

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกโดยสมบูรณ์
2. เอกสารหลักฐานยืนยันการทำสินเชื่อเข้าซื้อรถยนต์ (รับรองสำเนาโดยผู้ให้กู้)
3. ต้นฉบับเอกสารยืนยันการชำระเงินกู้ (หนี้สินค้างชำระ) ณ เดือนที่ผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียตามความคุ้มครอง
4. สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ (รับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ) เฉพาะกรณีที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
5. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากสถานีตำรวจท้องที่เกิดเหตุ
6. สำเนาใบรับรองการเสียชีวิตจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (กรณีเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ)
7. สำเนารายงานแพทย์ หลักฐานการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบโรคศิลป์ และใบรับรองการเสียชีวิตจากโรงพยาบาล (กรณีเสียชีวิต ที่โรงพยาบาล)
8. สำเนาใบมรณะบัตรของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้อง โดยญาติของผู้เสียชีวิต)
9. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต (รับรองสำเนาถูกต้องโดยญาติของผู้เสียชีวิต)
10. สำเนาทะเบียนบ้านแจ้งการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้อง โดยญาติของผู้เสียชีวิต)
11. เอกสารของผู้รับประโยชน์: กรณีบุคคล (โปรดลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)
 - สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
 - สำเนาทะเบียนสมรส กรณีเป็นคู่สมรสของผู้เอาประกันภัย
 - สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
 - หนังสือแจ้งและโอนสิทธิเรียกร้องของทายาทโดยธรรมที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - คำสั่งศาลระบุผู้จัดการมรดก (ถ้ามี)
 - อื่น ๆ

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ สายตา การเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายแรง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกโดยสมบูรณ์
2. เอกสารหลักฐานยืนยันการทำสินเชื่อเข้าซื้อรถยนต์ (รับรองสำเนาโดยผู้ให้กู้)
3. ต้นฉบับเอกสารยืนยันการชำระเงินกู้ (หนี้สินค้างชำระ) ณ เดือนที่ผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียตามความคุ้มครอง
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้อง)
5. ใบรับรองแพทย์ระบุรายละเอียดความสูญเสีย สำเนารายงานแพทย์ หลักฐานการตรวจวินิจฉัย และการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบโรคศิลป์
6. ภาพถ่ายแสดงการสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัย

กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

1. ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
2. ใบรับรองแพทย์

หมายเหตุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ร้องขอเอกสารอื่นเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี และตามความจำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณา

โปรดติดต่อ และส่งเอกสารเรียกร้องค่าทดแทนที่ : สำนักงานสาขาของบริษัทฯ หรือส่งที่

บริษัท คัมภีร์โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (สำนักงานใหญ่)

เลขที่ 302 อาคาร S&A ชั้น 2-6 ถนนสีลม แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร : 0-2257-8000 โทรสาร : 0-2686 8899

แผนกสินไหมทดแทน : คุณ รักชนก (ต่อ 1518), คุณมณีนยา (ต่อ 1537), คุณไพฑูรย์ สุขดี (ต่อ 1541)