



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 อาคารชัย ชั้นที่ 12  
โครงการนอร์ทปาร์ค  
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง  
เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

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

## แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และ การเดินทาง

### คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับอุบัติเหตุไว้โดยทันทีเพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
- กรุณากรอกข้อมูลปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
- เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังนี้

3.1 ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยส่งตามที่อยู่ : หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ

เลขที่ 2 / 4 บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารชัย ชั้น 12 โครงการนอร์ทปาร์ค 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) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามัลผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

วันที่

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน

วันที่

### เฉพาะเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง .....

สาขา / ช่องทาง .....

โทรศัพท์ .....

วันที่ .....

**ส่วนที่ 1 :  ค่ารักษาพยาบาล  ขดเขยรายได้ / ขดเขยกระดูกแตกหัก  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
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้**

ค่ารักษาพยาบาล	ขดเขยรายได้ / ขดเขยกระดูกแตกหัก	ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ) จำนวน _____ ฉบับ จำนวนเงินรวม _____ บาท	<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"/> ราชานผลชันเนื้อ
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> फिल्मออกเซอร์และการแปลผลโดยแพทย์ (เฉพาะกรณีขดเขยกระดูกแตกหัก)	<input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา
<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)		
<input type="checkbox"/> เอกสารขึ้นชั้นการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง)		

**ส่วนที่ 2 :  การเสียชีวิต  ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง  การสูญเสียอวัยวะ**

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

กรุณารายรายละเอียดและลักษณะการเกิดเหตุ

---



---

**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)	(กรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์)
<input type="checkbox"/> สำเนาบันทกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)	

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

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

กรุณารายรายละเอียดและลักษณะการเกิดเหตุ ( 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