

แบบเรียกรองค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ

คำแนะนำในการเรียกรองค่าสินไหม

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
2. กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ เนื่องจากกรณีที่มีบริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
3. เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้

3.1 ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียนตามที่อยู่ด้านล่าง :

" หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2/4 อาคารชัย ชั้น 12 โครงการนอร์ปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 "

3.2 ส่งผ่านสำนักงานสาขาของบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ/ตัวแทน/นายหน้าประกันภัย

หมายเหตุ - บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

- กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ กรมธรรม์เลขที่ _____
 เลขที่ประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____ เพศ _____ วันเดือนปีเกิด _____
 ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ _____
 อาชีพ _____ อีเมล _____
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ เบอร์โทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงาน _____
 ท่านได้เรียกรองค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท _____

ในกรณีช่องทางกรรับค่าสินไหมทดแทน

ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร : กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย ประเภทออมทรัพย์ (หน้าแรก)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติการทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่บริษัท หรือตัวแทนประกันชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติการทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัทหรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือ บริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีเรียกรองสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชุดเซอคารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่าบริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลหากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม กรณีนี้หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัท ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ
 หมายเหตุ*กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์/กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้ว 1 นิ้ว ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :
 (.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)
 ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
 เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง : สาขา/ช่องทาง :
 โทรศัพท์ : วันที่ :

การเรียกร้องค่าสินไหม: เสียชีวิต ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ

วัน/เดือนปีที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ น. รหัสการจอง (Booking ID/Order No.) _____

สถานที่เกิดเหตุ _____

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ _____

โปรดอธิบายการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/เหตุการณ์สูญเสียโดยละเอียด

สถานพยาบาลที่เข้ารักษา _____ วันที่เข้ารักษาพยาบาล _____ เวลา _____ น.

วันที่ออกจากโรงพยาบาล _____ เวลา _____ น.

ในกรณีประสบอุบัติเหตุทางยานพาหนะ

 เป็นผู้ขับขี่ เป็นผู้โดยสาร ใช้ทางเท้า

ประเภทยานพาหนะ

 รถยนต์ รถจักรยานยนต์ อื่นๆ _____

แจ้งความสถานีตำรวจ _____ วันที่ _____ เวลา _____ น.

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล

 โบนัสรับเงินค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ) จำนวน _____ ฉบับ จำนวนเงินรวม _____ บาท ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย สำเนบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) หน้าแอปพลิเคชันการทำรายการที่แสดงถึง Booking ID/Order No. และเวลาเริ่ม-สิ้นสุดการรับงาน

การเสียชีวิต

 สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) สำเนบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) หน้าแอปพลิเคชันการทำรายการที่แสดงถึง Booking ID/Order No. และเวลาเริ่ม-สิ้นสุดการรับงาน

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ

 ใบรับรองแพทย์ ประวัติการรักษา รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย (กรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์กรุณาแนบ สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์) สำเนบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) หน้าแอปพลิเคชันการทำรายการที่แสดงถึง Booking ID/Order No. และเวลาเริ่ม-สิ้นสุดการรับงาน