

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุ สุขภาพ และการเดินทาง

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
- กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ บริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
- เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้
 - ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียนตามที่อยู่ : หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2/4 อาคารชัยบุรี ชั้น 12 โครงการนอร์ทปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
 - ส่งผ่านสำนักงานสาขาของบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ / ตัวแทน / นายหน้าประกันภัย

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เอาประกันภัย		กรมธรรม์เลขที่
เลขที่ประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง	เพศ	วัน/เดือน/ปีเกิด
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้		
อาชีพ	อีเมล	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงาน	
ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัย และชื่อผู้กรอกแบบไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน โปรดระบุชื่อผู้เอาประกันภัย	ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท	

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้สิทธิประโยชน์บัตรเครดิตหรือบัตรเดบิตโปรดระบุธนาคารที่ออกบัตร..... (กรุณายืนยันเลขบัตรเครดิตและบัตรเดบิต)

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน โดยระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร : กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย ประเภทออมทรัพย์ (หน้าแรก)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่บริษัทที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือบริษัทประกันภัยต่อ ผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือ บริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย(สำนักงาน คปภ.)เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต ทั้งที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวแก่บริษัท เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาใช้เงินหรือค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย รายละเอียดการเปิดเผยเป็นไปตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. รวมทั้งหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงาน คปภ. กำหนด ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th ทั้งนี้ การเพิกถอนความยินยอมนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการพิจารณาใช้เงินหรือค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยได้

ในกรณีเรียกร้องค่าสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทชำระค่ารักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษา โดยให้ถือเสมือนว่าบริษัทได้ชำระค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระแก่สถานพยาบาลโดยตรง ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่าบริษัทสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้ขอบข่ายของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวเป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินคืนแก่บริษัททั้งจำนวนภายใน 7 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวจากบริษัท

ข้าพเจ้ารับรองว่าได้อ่านและเข้าใจข้อความ เงื่อนไข และวิธีปฏิบัติตามเอกสารฉบับนี้โดยครบถ้วนแล้ว และเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงตกลงให้ความยินยอมและผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ *กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์/กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :
(.....) (.....) (.....)ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 1: ☐ คำรักษาพยาบาล ☐ ค่าชดเชยรายได้ / ชดเชยกระดูกแตกหัก ☐ ประกันภัยโรคมะเร็ง / ประกันโรคร้ายแรง

วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี) / / เวลา วันที่พบแพทย์ครั้งแรก / /

บรรยายลักษณะการเกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ และ/หรือ อาการที่ปรากฏ

กรณีประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะ
ขณะเกิดเหตุผู้เอาประกันภัย ☐ ขับขี่ ☐ โดยสาร ☐ ใช้ทางเท้า
ประเภทยานพาหนะ ☐ รถยนต์ ☐ จักรยานยนต์ ☐ อื่นๆ.....
แจ้งความสถานีตำรวจ _____

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

คำรักษาพยาบาล

ชดเชยรายได้ / ชดเชยกระดูกแตกหัก

ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง

☐ ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)
จำนวน _____ ฉบับ จำนวนเงินรวม _____ บาท

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาใบแจ้งหนี้ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์

☐ ต้นฉบับใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย

☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย

☐ รายงานผลชิ้นเนื้อ

☐ สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย

☐ หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)

☐ พิล์มเอกซเรย์ และการแปลผลโดยแพทย์
(เฉพาะกรณีชดเชยกระดูกแตกหัก)

☐ ประวัติการรักษา

☐ หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)

☐ เอกสารยืนยันการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง)

ส่วนที่ 2: ☐ การเสียชีวิต ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ☐ การสูญเสียอวัยวะ

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

กรุณาระบายสาเหตุ และลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

การเสียชีวิต

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ

☐ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์

☐ ประวัติการรักษา

☐ สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย

☐ รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ

☐ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

☐ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย

☐ สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

☐ (กรณีจ่ายผู้รับประโยชน์กรุณาแนบ สำเนาบัตรประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนที่กประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

☐ และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์)

ส่วนที่ 3: ☐ การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง ☐ ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง ☐ ความล่าช้าในการเดินทาง ☐ อื่น ๆ

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

กรุณาระบายสาเหตุ และลักษณะการเกิดเหตุ (กรณีกระเป๋าเดินทางล่าช้า โปรดระบุวันเวลาที่ได้รับกระเป๋า)

กำหนดการเดินทางเดิม วัน / เดือน / ปี _____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

กำหนดการเดินทางใหม่ วัน / เดือน / ปี _____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

รายละเอียดของรายการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าในการเดินทาง หรือการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

รายการสูญหาย / เสียหาย / ค่าใช้จ่าย	วัน / เดือน / ปี ที่ซื้อ	ราคาที่ซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

☐ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย

☐ เอกสารแสดงการสำรองการเดินทาง และเอกสารแสดงการเดินทางจริง

☐ เอกสารแสดงการชำรุดใช้ของผู้ขนส่งหรือเจ้าของสถานพำนัก

☐ ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

☐ หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการล่าช้าของการเดินทาง การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง การยกเลิกเที่ยวบินหรือลดจำนวนวันเดินทาง โดยระบุเหตุผล และระยะเวลา)

☐ เอกสารรายงานความเสียหาย หรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ