

## แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และการเดินทาง

### คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับอุบัติเหตุในทันทีแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
2. กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อให้บริการ
3. เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้

ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียนตามที่อยู่ด้านล่าง:



กรุณาส่ง ฝ่ายสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ  
บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด(มหาชน)  
เลขที่ 2/4 อาคารชัยบุรี ชั้น 9 โครงการนอร์ธปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต  
แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

ส่งผ่านสำนักงานสาขาของบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ / ตัวแทน / นายหน้าประกันภัย

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอเอกสาร หรือข้อมูลเพิ่มเติม และกรุณาลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ

### ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

กรมธรรม์เลขที่ .....  
ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... เลขที่บัตรประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง .....  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อาชีพ .....  
เบอร์ติดต่อ ..... อีเมล .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....

ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัย และชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน กรุณาระบุชื่อผู้เอาประกันภัย

ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่ ในกรณีที่ใช่กรุณาระบุชื่อบริษัท .....

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้สิทธิประโยชน์ของบัตรเครดิต โปรดระบุประเภทบัตรเครดิต ..... ธนาคารผู้ออกบัตร .....

### ช่องทางการรับชดใช้ค่าสินไหมทดแทน

เช็คเงินสด

ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค .....

โอนผ่านบัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี ..... ธนาคาร ..... เลขที่บัญชี .....

\*\*\* กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง และจัดส่งกลับมายังบริษัท

### คำรับรอง / ให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ให้ไว้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมด รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง ข้อมูลสุขภาพ บันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ ประวัติการรับการรักษาพยาบาล และการรับการตรวจวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรืออาจมีขึ้นในอนาคต แก่ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท
- ข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดที่ระบุในเว็บไซต์ <https://www.chubb.com/th-th/footer/new-privacy-policy.html>
- ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอม ให้ความผูกพันตลอดจนยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ
- อนึ่ง สำเนาของเอกสารนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

(.....)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้รับประโยชน์

วันที่.....

(.....)

พยาน

วันที่.....

(.....)

พยาน

วันที่.....

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ: ผู้ปกครองลงนาม / ผู้ให้ความยินยอม : ..... ในฐานะ  บิดา/มารดา  ผู้ให้ความยินยอม

กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ส่วนที่ 1:  ค่ารักษาพยาบาล  ค่าชดเชยรายได้ / ชดเชยกระดูกแตกหัก  ประกันภัยโรคมะเร็ง / ประกันโรคร้ายแรง

กรุณาระบุวัน และเวลาที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี).....เวลา..... วันที่พบแพทย์ครั้งแรก.....  
 กรุณาระบายลักษณะการเกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ และ/หรือ อาการที่ปรากฏ  
 กรณีประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะ  
 ขณะเกิดเหตุท่าน  ผู้ขับขี่  ผู้โดยสาร  อื่นๆ .....  
 ประเภทยานพาหนะ  รถยนต์  จักรยานยนต์  อื่นๆ .....  
 กรณีแจ้งความภูมราวุสถานี่ตำรวจ .....

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน

ค่ารักษาพยาบาล

- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)  
จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ จำนวนเงินรวม \_\_\_\_\_ บาท
- ใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับ)
- สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันภัยแบบกลุ่ม)
- เอกสารยืนยันการเดินทางจากสายการบิน

ค่าชดเชยรายได้ / ชดเชยกระดูกหัก

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาใบแจ้งหนี้ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชน
- ฟิล์ม X-ray และการแปลผลโดยแพทย์  
(เฉพาะกรณีชดเชยกระดูกแตกหัก)

ประกันภัยโรคมะเร็ง / ประกันโรคร้ายแรง

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชน
- รายงานผลชิ้นเนื้อ
- ประวัติการรักษา

ส่วนที่ 2:  การเสียชีวิต  การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการสูญเสียอวัยวะ

กรุณาระบุวัน และเวลาที่เสียชีวิต หรือบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี).....เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....  
 กรุณาระบายสาเหตุ และลักษณะการเกิดเหตุ  
 .....

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน

การเสียชีวิต

- สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)
- สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)
- สำเนาน้ำที่ประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) (หากมี)

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการสูญเสียอวัยวะ

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- ประวัติการรักษา
- ภาพถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / ภาพถ่ายแสดงถึงการสูญเสียอวัยวะ
- สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย  
(กรณีจ่ายผู้รับประโยชน์กลุ่มแบบสำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์)

ส่วนที่ 3:  การสูญเสีย/เสียหายของกระเป๋าเดินทาง  ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง  ความล่าช้าในการเดินทาง  อื่นๆ

กรุณาระบุวัน และเวลาที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี).....เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ (เมือง/ประเทศ) ..... / .....  
 กรุณาระบายสาเหตุ และลักษณะการเกิดเหตุ  
 .....

กำหนดการเดินทางเดิม

สายการบิน.....เที่ยวบิน.....สถานที่ออกเดินทาง.....สถานที่ปลายทาง.....วัน/เวลาที่ออกเดินทาง.....เวลาที่มาถึง.....

กำหนดการเดินทางใหม่

สายการบิน.....เที่ยวบิน.....สถานที่ออกเดินทาง.....สถานที่ปลายทาง.....วัน/เวลาที่ออกเดินทาง.....เวลาที่มาถึง.....

รายละเอียดของรายการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความล่าช้าในการเดินทาง หรือความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

รายการสูญหาย / เสียหาย / ค่าใช้จ่าย	วัน / เดือน / ปี ที่ซื้อ	ราคาที่ตั้งซื้อ หรือค่าซ่อมแซมความเสียหาย

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน

- สำเนาบัตรประชาชน และหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาหนังสือรับรองการสูญหายของกระเป๋าเดินทาง การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง การขอลูกหรือลดจำนวนวันเดินทาง โดยระบุเหตุผล และระยะเวลา
- เอกสารแสดงการสำรองการเดินทาง และเอกสารแสดงการเดินทางจริง
- สำเนาเอกสารแสดงการขอคืนค่าของผู้อื่นส่ง หรือเจ้าของสถานพำนัก
- สำเนาเอกสารรายงานความเสียหาย หรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง
- ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง