

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และการเดินทาง

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
2. กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ เนื่องจากกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
3. เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้

3.1 ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียนตามที่อยู่ด้านล่าง :

" หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

2/4 อาคารชัยบุรี ชั้น 12 โครงการนอร์ทปาร์ค 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	วัน/เดือน/ปีเกิด
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้		
อาชีพ	อีเมล	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงาน	
ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัย และชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน		ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
โปรดระบุชื่อผู้เอาประกันภัย		ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมภายใต้สิทธิประโยชน์บัตรเครดิตหรือบัตรเดบิตโปรดระบุธนาคารที่ออกบัตร.....(กรุณาย่างแจ้งเลขบัตรเครดิตและบัตรเดบิต)

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

- ☐ เช็คเงินสด : กรุณาระบุที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค _____
- ☐ ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร : กรุณาระบุสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย ประเภทออมทรัพย์ (หน้าแรก)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

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

กรณีเรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่าบริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลหากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม กรณีนี้หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัท ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ*กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์/กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :

(.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง	สาขา / ช่องทาง
โทรศัพท์	วันที่

ส่วนที่ 1: ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ขดเซยรายได้ / ขดเซยกระดูกแตกหัก ☐ ประกันภัยโรคมะเร็ง

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

บรรยายลักษณะการเกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ และ/หรือ อาการที่ปรากฏ

กรณีประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะ

ขณะเกิดเหตุผู้เอาประกันภัย ☐ ขับขี่ ☐โดยสาร ☐ใช้ทางเท้า

ประเภทยานพาหนะ ☐ รถยนต์ ☐ จักรยานยนต์ ☐ อื่นๆ

แจ้งความสถานีตำรวจ _____

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล

☐ ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ)
จำนวน _____ ฉบับ จำนวนเงินรวม _____ บาท

☐ ต้นฉบับใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย

☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย

☐ หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)

☐ เอกสารยืนยันการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง)

ขดเซยรายได้/ขดเซยกระดูกแตกหัก

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาใบแจ้งหนี้ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน

☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย

☐ พินัยกรรม และการแปลผลโดยแพทย์
(เฉพาะกรณีขดเซยกระดูกแตกหัก)

ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย

☐ รายงานผลชิ้นเนื้อ

☐ ประวัติการรักษา

ส่วนที่ 2: ☐ การเสียชีวิต ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ☐ การสูญเสียอวัยวะ

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

กรุณาระบายสาเหตุ และลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

การเสียชีวิต

☐ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย

☐ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์

☐ สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย

☐ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

☐ สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

☐ สำเนาบันทกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ ประวัติการรักษา

☐ รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ

☐ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย
(กรณีจ่ายผู้รับประโยชน์กรณีทุพพลภาพ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์)

ส่วนที่ 3: ☐ การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง ☐ ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง ☐ ความล่าช้าในการเดินทาง ☐ อื่นๆ _____

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมดังนี้

☐ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย

☐ หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการล่าช้าของการเดินทาง การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง การบอกละหรือลดจำนวนวันเดินทาง โดยระบุเหตุผล และระยะเวลา)

☐ เอกสารแสดงการซื้อของผู้ขนส่งหรือเจ้าของสถานพำนัก

☐ เอกสารรายงานความเสียหาย หรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง

☐ ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

☐ เอกสารแสดงการสำรองการเดินทาง และเอกสารแสดงการเดินทางจริง