

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันเดินทาง (Claim Form TA)

1. รายละเอียดกรมธรรม์ (Policy)

1.1 เลขที่ใบรับรองใบรับรองการประกันภัย (Certificate no) _____
วันที่ซื้อกรมธรรม์ (Date of insurance plan purchased) _____

2. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย (Insured Person Details)

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย (Name of Insured) _____ อายุ (Age) _____
2.2 ที่อยู่ (Address) _____
โทรศัพท์ (Telephone) _____ อีเมล (Email) _____

3. รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)

3.1 วันที่เกิดเหตุ (Date) _____ เวลา (Time) _____ สถานที่ (Place of accident) _____
3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the accident occurred) _____

ผู้เห็นเหตุการณ์ (Witness's name) _____

3.3 ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้งนั้น (This loss)
 ไม่ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงาน (has not been compensated from other companies or other parties)
 ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงาน (has been compensated from other companies or other parties) _____

ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด (Please specify the name of the company) _____

เป็นจำนวนเงิน (Amount of compensation) _____ บาท (Baht)

4. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim)

4.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน (Amount Claim) _____ บาท (Baht)

ดังกรณีต่อไปนี้ (Please tick in the box the type of benefits you are claiming:)

- กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ
(Loss of life, dismemberment (hand, foot), loss of sight or total permanent disability while traveling)
- กรณีค่ารักษาพยาบาล (Medical expenses)
- กรณีการบอกลิขการเดินทาง (Trip cancellation)
- กรณีการล่าช้าของเที่ยวบิน (Travel delay)
- กรณีการจี้โดยสลัดอากาศ (Hijacking)
- กรณีความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก (Third Party Liability)
- กรณีการสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และทรัพย์สินส่วนตัว (Damage/ Loss of baggage and personal effect (Please describe the detail below))
- กรณีอื่นๆ (Others)

รายการสูญหาย / เสียหาย (ยี่ห้อ/รุ่น/ขนาด/วัสดุ) Item damaged/lost (brand/model/size/material)	วันที่ซื้อ Date of Purchase	ราคา Price
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

อื่นๆ โปรดระบุ (Other claiming, please describe) _____

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้มอบหลักฐานประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละกรณีตามที่ระบุในกรมธรรม์ จำนวน _____ ฉบับ

โดยขอให้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมในนาม _____

I have submitted documents required for each case as stated in the policy for _____ copies

Would like the company to make the claim payment to _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือเรียกคืนสินไหมใดๆ คืนจากข้าพเจ้าได้ทันที

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. Company have right to refuse or refund any claim from insured if Company found that Statements in this report are not true, fraud, or hide important information.

ลงชื่อ (Sign) _____

วันที่ (Date) _____

ผู้แจ้ง (Claimant) / ผู้เอาประกันภัย (Insured name)

สำหรับลูกค้าติดต่อเคลม เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

โทร 02-239-2200

E-Mail: claim_ah@dhipaya.co.th

(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 – 16.30 น.)

Contact information

Dhipaya Insurance Public Company Limited

Claim A&H BU Department

Tel. 02-239-2200

E-Mail: claim_ah@dhipaya.co.th

(Mon - Fri from 8.30 – 16.30)