

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และการเดินทาง

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
- กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
- เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังนี้
 - ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยส่งตามที่อยู่ : หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ

เลขที่ 2/4 บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารชัย ชั้น 12 โครงการนอร์ทปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

- ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้าประกันภัย / ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขา / สำนักงานสาขา ของบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เอาประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ / Passport No	เพศ	วัน / เดือน / ปีเกิด
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้		
อาชีพ	อีเมลที่ติดต่อได้	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน	
ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัยและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน	ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์	ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท	
สำหรับประกันภัยการเดินทางผู้ถือบัตร SCB PRIVATE & FIRST CARD โปรดระบุเลขที่บัตรเครดิต		

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

 เช็คเงินสด

- ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค _____

 ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร

- สำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ธนาคารไทยพาณิชย์ของผู้เอาประกันภัย

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ให้กับบริษัทประกันภัยรายอื่นและ / หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง

ค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า

มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

วันที่

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน

วันที่

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง

สาขา / ช่องทาง

โทรศัพท์

วันที่

ส่วนที่ 1 : ค่ารักษาพยาบาล ขาดเซยรายได้ / ขาดเซยกระดูกแตกหัก ประกันภัยโรคมะเร็ง

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

กรณีได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- | | | |
|---|---|---|
| ค่ารักษาพยาบาล | ขาดเซยรายได้ / ขาดเซยกระดูกแตกหัก | ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง) | <input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> รายงานผลชิ้นเนื้อ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> พิสูจน์เอกซเรย์และการแปลผลโดยแพทย์ | <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน) | (เฉพาะกรณีขาดเซยกระดูกแตกหัก) | |
| <input type="checkbox"/> เอกสารยืนยันการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง) | | |

ส่วนที่ 2 : การเสียชีวิต ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ

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

กรุณาระบายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- | | |
|---|--|
| การเสียชีวิต | ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ | <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ) | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ) | (กรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพ สำเนาบัตรประชาชน |
| <input type="checkbox"/> สำเนานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ) | และทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์) |

ส่วนที่ 3 : การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง การล่าช้าในการเดินทาง อื่น ๆ.....

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

กรุณาระบายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ (กรณีกระเป๋าเดินทางล่าช้า โปรดระบุวันเวลาที่ได้รับกระเป๋า)

กำหนดการเดินทางเดิม

วัน / เดือน / ปี ____/____/____ เวลาออกเดินทาง ____ เวลามาถึง ____ เที่ยวบิน ____

กำหนดการเดินทางใหม่

วัน / เดือน / ปี ____/____/____ เวลาออกเดินทาง ____ เวลามาถึง ____ เที่ยวบิน ____

รายละเอียดของรายการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าในการเดินทางหรือการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการล่าช้าของการเดินทางหรือกระเป๋าเดินทาง, การบอกละเอียดหรือลดจำนวนวันเดินทาง ให้ระบุเหตุผลและระยะเวลา)
- เอกสารแสดงการชดใช้ของผู้ขนส่งหรือเจ้าของสถานพำนัก
- เอกสารรายงานความเสียหายหรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง
- ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
- เอกสารแสดงการสำรองการเดินทางและเอกสารแสดงการเดินทางจริง