

แบบแจ้งเรียกร้องสินไหมทดแทนการเดินทาง

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล (กรณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

<p>1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ..... ปี อาชีพ.....</p> <p>สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....</p> <p>โทรศัพท์.....อีเมล.....</p> <p>เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....</p>				
<p>2. กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (กรณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)</p> <p>() คำรักษาพยาบาล () ขดเซขรยรยได้จากการนอนโรงพยาบาล () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ สาขตา () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง</p> <p>2.1 ชื่อโรงพยาบาล..... ประเทศ.....</p> <p>วันที่เข้ารับรักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....</p> <p>2.2 อาการเจ็บป่วยหรือ บาดเจ็บ.....</p> <p>2.3 อาการเจ็บป่วยหรือ บาดเจ็บ นี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....</p> <p>2.4 ท่านเคยเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือ บาดเจ็บ นี้จากสถานพยาบาลอื่นๆ ถ้ามี กรุณาระบุชื่อ โรงพยาบาล.....</p> <p>2.5 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....</p> <p>2.6 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....</p> <p>2.7 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....</p>				
<p>3. กรณีเสียหายจากการเดินทาง</p> <p>() ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก () การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางและทรัพย์สินส่วนตัว</p> <p>() การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง () ค่าใช้จ่ายในการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการจี้เครื่องบิน</p> <p>() ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง ความล่าช้าของการเดินทาง และการจี้เครื่องบิน () การชดเชยความล่าช้าในการเดินทาง</p> <p>() การพลาดการต่อเที่ยวบิน () การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง</p> <p>() การสูญหายของเงิน หนังสือเดินทาง และเอกสารการเดินทาง () การสูญเสียหรือความเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟ หรือโฮล-อิน-วัน</p> <p>() การคุ้มครองความเสียหายส่วนแรก (Deductible) จากการไ้รถเช่า () ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล</p> <p>ประเทศ และสถานที่ เกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....</p> <p>สายการบินที่เกิดเหตุ..... เวลาออกเดินทาง..... เวลาถึงจุดหมาย.....</p> <p>การเกิดเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ระบุรายละเอียด).....</p> <p>.....</p> <p>โรงแรมที่พักชื่อ..... ห้อง.....</p> <p>ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....</p> <p>มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....</p> <p>มีหนังสือรับรองจากสายการบิน หรือโรงแรม.....</p> <p>กรณีที่ได้รับสวัสดิการกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....</p>				
รายการสิ่งของที่เสียหาย	ชื่อที่ไ้หน/ราคา/วันที่ซื้อ	อายุการใช้งาน	ราคาที่เรียกร้อง	ราคาประเมินสิ่งของ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ซิกน่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน
(.....)
วันที่/...../.....
ความสัมพันธ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....)
วันที่/...../.....

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร สาขา.....

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี.....

**** พร้อมกันนี้ กรุณาส่งสำเนาสมุดคู่มือฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง ****

แนบเอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- หนังสือรับรองจากสายการบิน หรือโรงแรม
- ใบแจ้งความ
- ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
- สำเนาหนังสือเดินทาง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ รับรองสำเนาถูกต้อง
- หลักฐานอื่นๆ ตามที่บริษัทร้องขอ (ถ้ามี)

กรณีเสียชีวิต ผู้รับประโยชน์ กรุณาลงลายมือชื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1
(.....)
วันที่/...../.....
ความสัมพันธ

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2
(.....)
วันที่/...../.....
ความสัมพันธ

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 3
(.....)
วันที่/...../.....
ความสัมพันธ



**** กรุณาส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผ่านช่องทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ด้านล่าง ****

บริษัท ซิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ตู้ ปณ. 112 ปณศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330