

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการเดินทาง

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล (กรณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

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

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

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน
(.....)
วันที่/...../.....
ความสัมพันธ์

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

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า

ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

**** พร้อมกันนี้ กรุณาส่งสำเนาสมุดคู่มือฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง ****

แนบเอกสารที่ใช้ได้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท ดาวน์โหลด
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง
- สำเนาตั๋วเครื่องบิน หรือ Itinerary หรือ E-Ticket หรือ Boarding Pass ทั้งหมดตลอดการเดินทาง
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภท ออมทรัพย์ ของผู้เอาประกันภัย (เท่านั้น)
- ใบรับรองแพทย์ของผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกของครอบครัว กรณีการบาดเจ็บสาหัสหรือเจ็บป่วยรุนแรง
- ใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก โรงแรม ค่าอาหาร และเครื่องดื่ม ที่เกิดขึ้นระหว่าง รอคอยการเดินทาง(การพลาดการต่อเที่ยวบิน)
- ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่น ที่ระบุสาเหตุ,รายการและรายการของทรัพย์สินที่สูญหาย ในการฉีกถูกปล้น หรือชิงทรัพย์
- จดหมายรับรองจากฝ่ายบริหาร โรงแรมหรือฝ่ายบริหารของบริษัทผู้ขนส่ง
- รายการและราคาของที่สูญเสียบหรือเสียหาย จากร้านค้า รวมถึงใบเสร็จรับเงิน
- จดหมายจากผู้มีอำนาจของบริษัทขนส่งฯ ที่ระบุสาเหตุของความล่าช้าและเวลาที่ได้เดินทางจริง(ความล่าช้าในการเดินทาง)
- จดหมายรับรองจากสายการบินที่ระบุความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง
- หลักฐานอื่นๆ ตามที่บริษัทร้องขอ (ถ้ามี)

**** กรุณาส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผ่านช่องทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ด้านล่าง ****

**บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**

ตู้ ปณ.111 ปณศ.รองเมือง กรุงเทพฯ 10330