

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 () ชดเชยรายได้จากการนอนโรงพยาบาล () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ สาขตา () ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง</p> <p>2.1 ชื่อโรงพยาบาล ประเทศ.....</p> <p>วันที่เข้ารักษา 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) จากการใช้รถเช่า () 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 หรือ โรงแรม</p> <p>กรณีที่ได้รับสวัสดิการกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์</p>				
รายการสิ่งของที่เสียหาย	ชื่อที่/ไหน/ราคา/วันที่ซื้อ	อายุการใช้งาน	ราคาที่เรียกร้อง	ราคาประเมินสิ่งของ



บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ 0107540000090

ชั้น 7 และ ชั้น 10 อาคารคิวเฮ้าส์เฟลินจิต เลขที่ 598 ถนนเฟลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน

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

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า

ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

**** พร้อมกันนี้ กรุณาลงลายมือลงนามลงนามและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง ****

แนบเอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทาง หรือ สำเนาบัตรประชาชน
- ตารางการเดินทาง (Itinerary) หรือ สำเนา Boarding pass ที่ระบุวันที่ เดินทางขาออกและขาเข้าประเทศไทย
- หนังสือรับรองจากสายการบิน หรือ โรงแรม
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
- ใบแจ้งความ
- ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
- หลักฐานอื่นๆ ตามที่บริษัทร้องขอ (ถ้ามี)

กรณีเสียชีวิต ผู้รับประโยชน์ กรุณาลงลายมือชื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2

(.....)

(.....)

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์

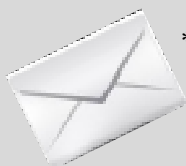
ความสัมพันธ์

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 3

(.....)

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์



**** กรุณานำส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผ่านช่องทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ด้านล่าง ****

บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ตู้ ปณ. 112 ปณศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330

ศูนย์บริการลูกค้า โทร. 1758 หรือ 02-763-0000 เวลาทำการ จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 – 20.00 น. และ วันเสาร์- อาทิตย์ เวลา 08.30 – 17.30 น.

บริการออนไลน์ ชิกน่า ซี-เซอร์วิส www.Cigna.co.th / Email: Cigna.customerservice@Cigna.com

Confidential, unpublished property of Cigna. Do not duplicate or distribute. Use and distribution limited solely to authorized personnel (c) Copyright 2013 Cigna