



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน CTA

ผู้เอาประกันภัย _____ กรมธรรม์เลขที่ _____
ผู้เรียกร้องค่าทดแทน _____
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

ระยะเวลาเดินทาง _____

ชนิดของการเรียกร้อง

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุส่วนบุคคล | 2. <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ |
| 3. <input type="checkbox"/> เงินสดรายวันระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล | 4. <input type="checkbox"/> การสูญหายของกระเป๋าเดินทางและทรัพย์สินส่วนตัว |
| 5. <input type="checkbox"/> การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง | 6. <input type="checkbox"/> การยกเลิกการเดินทางและการลดจำนวนวันเดินทาง |
| 7. <input type="checkbox"/> ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก | 8. <input type="checkbox"/> การล่าช้าของเที่ยวบิน |
| 9. <input type="checkbox"/> การจี้เครื่องบิน | |

วัน , เวลาและสถานที่เกิดเหตุ / การรักษา _____

กรอกรายละเอียดภายใต้การเรียกร้องข้อ 1, 2, 3

บรรยายการเกิดอุบัติเหตุ _____

บรรยายการเจ็บป่วย _____

* โปรดแนบใบเสร็จตัวจริงและรายงานแพทย์ทุกครั้ง

กรอกรายละเอียดภายใต้การเรียกร้องข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9

บรรยายการเกิดเหตุการณ์ _____

รายการสูญหาย / เสียหาย	วันที่ซื้อ	ราคา
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*โปรดแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องจากเจ้าหน้าที่ของโรงแรม, บริษัทขนส่ง หรือ เจ้าหน้าที่ตำรวจ

หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม _____

ผู้เรียกร้องค่าทดแทน

วันที่ _____