



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ

กรณีของการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ | <input type="checkbox"/> 11. การยกเลิกการเดินทาง |
| <input type="checkbox"/> 2. การรักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> 12. การลดจำนวนวันเดินทาง |
| <input type="checkbox"/> 3. การรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่เกิดขึ้นในประเทศไทย | <input type="checkbox"/> 13. การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และ/หรือ ทรัพย์สินส่วนตัวที่อยู่ภายในกระเป๋าเดินทาง |
| <input type="checkbox"/> 4. การเยี่ยมไข้ | <input type="checkbox"/> 14. การสูญเสียหรือเสียหายของเงินส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> 5. ชดเชยรายวันระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมในฐานะผู้ป่วยใน | <input type="checkbox"/> 15. การสูญหายหรือเสียหายของเอกสารการเดินทาง |
| <input type="checkbox"/> 6. ค่าโทรศัพท์ในกรณีฉุกเฉิน | <input type="checkbox"/> 16. การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง |
| <input type="checkbox"/> 7. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศไทย | <input type="checkbox"/> 17. การล่าช้าของเที่ยวบิน |
| <input type="checkbox"/> 8. ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศ | <input type="checkbox"/> 18. การพลัดการต่อเที่ยวบิน |
| <input type="checkbox"/> 9. การส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย | <input type="checkbox"/> 19. การจี้เครื่องบิน |
| <input type="checkbox"/> 10. ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก | <input type="checkbox"/> 20. ความเสียหายส่วนแรกสำหรับรถเช่า |
| | <input type="checkbox"/> 21. อื่นๆ |

รายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ชื่อ-นามสกุล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ชาย หญิง น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

อาคาร เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

รายละเอียดข้อมูลการเดินทาง

วัน/เดือน/ปี ที่เดินทาง จุดหมายปลายทาง



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

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ

กรณีแจ้งเคลมข้อที่ 1-8 กรุณาระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัน/เดือน/ปีที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ ประเทศ

โรคประจำตัว โรงพยาบาลที่รักษาประจำ

สาเหตุของอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย

คำวินิจฉัยแพทย์

วันที่รักษา โรงพยาบาล เป็นเงิน สกุลเงิน

วันที่รักษา โรงพยาบาล เป็นเงิน สกุลเงิน

วันที่รักษา โรงพยาบาล เป็นเงิน สกุลเงิน

วันที่รักษา โรงพยาบาล เป็นเงิน สกุลเงิน

กรณีแจ้งเคลมข้อที่ 9-21 กรุณาระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัน/เดือน/ปีที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ ประเทศ

กรณารายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

รายการตามความเสียหาย/ผลกระทบที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

รายการที่เรียกร้อง

1. วันที่ จำนวน สกุลเงิน

2. วันที่ จำนวน สกุลเงิน

3. วันที่ จำนวน สกุลเงิน

4. วันที่ จำนวน สกุลเงิน

5. วันที่ จำนวน สกุลเงิน

6. วันที่ จำนวน สกุลเงิน



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

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ

การรับค่าสินไหมทดแทน

ข้าพเจ้าประสงค์ขอลือวิธีกรรับค่าสินไหมทดแทนโดย

- เช็ค จักส่งที่
- ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน
 ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิด
 ข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ดังกล่าวต่อบริษัทฯ

ข้าพเจ้าอนุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือนุคคลอื่นที่ดูแลหรือตรวจอาการของข้าพเจ้าหรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล
 ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ และทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การขอคำปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษา
 และสำเนาของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด

.....
 (.....)

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

..... / /
 วัน / เดือน / ปี

กรณีและผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในสถานะที่เรียกร้องได้

.....
 (.....)

ลายมือชื่อผู้ทำกรแทน

.....
 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

..... / /
 วัน / เดือน / ปี



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

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ

เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ | <input type="checkbox"/> 8. ตัวเครื่องบินหรือเอกสารอื่นๆ ที่ยืนยันการขึ้นเครื่องบิน |
| <input type="checkbox"/> 2. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้ได้รับความคุ้มครอง | <input type="checkbox"/> 9. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย |
| <input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบมรณบัตรของผู้เสียชีวิต | <input type="checkbox"/> 10. หนังสือรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรจาก |
| <input type="checkbox"/> 4. สำเนารายงานชั้นสูตรพลิกศพ | <input type="checkbox"/> 11. รูปถ่ายของความสูญเสียหรือความเสียหาย |
| <input type="checkbox"/> 5. สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ | <input type="checkbox"/> 12. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้ได้รับความคุ้มครอง |
| <input type="checkbox"/> 6. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> 13. อื่นๆ |

ที่mlinไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถนน สาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 0 2285 8888 กด 3 และ กด 3 โทรสาร 0 2610 2128