ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

กรณีค่ารักษาพยาบาล

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
   (กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวม ควรมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้างบประกอบ)
3. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่เข้ารับการรักษาหรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล สาเหตุ อาการ บริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน
   (กรณีกลับมารักษาตัวในประเทศไทย ขอให้แพทย์ระบุวันที่เริ่มมีอาการหรือวันที่เกิดอุบัติเหตุให้ชัดเจน)
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย
7. แบบขอความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทน

กรณีการสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. เอกสารรับรองความสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น (Property Irregularity Report) จากฝ่ายบริหารโรงแรม, ฝ่ายบริหารของบริษัทผู้ขนส่ง หรือ สายการบิน กรณีการสูญเสียหรือความเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรม, บริษัทผู้ขนส่งหรือสายการบิน
3. บันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่ที่เกิดเหตุ กรณีการสูญเสียหรือความเสียหายเกิดจากการขู่เข็ญหรือบังคับในลักษณะรุนแรง (ภาษาอังกฤษ หรือแปลเป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ)
4. รายการและรายละเอียด รุ่น ยี่ห้อ ขนาด อายุการใช้งาน และ ราคา ของทรัพย์สินที่สูญเสียหรือเสียหาย
5. สำเนาใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการซื้อกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว (ถ้ามี)
6. รูปถ่ายของกระเป๋าเดินทาง หรือ ทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย
7. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
8. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

 # กรณีการล่าช้าของการเดินทาง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3โดยระบุเลขที่ไฟล์ท และ ข้อมูลสายการบิน เวลา Timeline ต่างๆ โดยละเอียด
2. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
3. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย ที่แสดงเวลาการเดินทางจากกำหนดการเดิมและที่ได้เดินทางจริง
4. เอกสารยืนยันการล่าช้าจากสายการบิน หรือ ผู้ขนส่ง อธิบายสาเหตุของการล่าช้าที่ชัดเจน (Property Irregularity Report : PIR)
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

 # กรณีการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทางก่อนออกเดินทางจากประเทศไทย

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบมรณบัตร กรณีที่ต้องยกเลิกเดินทาง เนื่องจากการเสียชีวิต / การบาดเจ็บสาหัสหรือเจ็บป่วย หนักของผู้เอาประกันภัย หรือ สมาชิกในครอบครัวของผู้เอาประกัน
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ของค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบอกเลิกการเดินทาง (อาทิ ค่าตั๋วเครื่องบิน ค่าที่พักที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปล่วงหน้า) หรือใบแจ้งหนี้ค่าปรับที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระเพิ่มเติม หรือหลักฐานการขอคืนเงินทุกรายการ
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย (ที่ทำรายการจองไว้ล่วงหน้า)
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

 # กรณีการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3 ระบุวันเวลาที่เดินทางถึงจุดหมายปลายทาง และวันเวลาที่ได้รับกระเป๋าเดินทางจากสายการบิน
2. เอกสารยืนยันการล่าช้าจากผู้ขนส่ง (Property Irregularity Report : PIR)
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการซื้อเสื้อผ้าหรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็น (ระบุรายการสินค้าในใบเสร็จทุกรายการให้ชัดเจน)
4. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
5. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

 # กรณีเอกสารการเดินทางสูญหาย

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. บันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่ที่เกิดเหตุ (ภาษาอังกฤษ หรือกรณีภาษาอื่นต้องแปลเป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ)
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ค่าใช้จ่ายในการขอเอกสารการเดินทางชั่วคราวที่สถานฑูตในต่างประเทศ และค่าใช้จ่ายต่างๆ ระหว่างดำเนินการเพื่อขอรับเอกสารการเดินทางใหม่ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ที่ต้องจ่ายเพิ่ม
4. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ในการขอออกหนังสือเดินทางฉบับใหม่ในประเทศไทย

5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
6. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

 # กรณีการจี้เครื่องบิน

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. เอกสารยืนยันเหตุการณ์จากสายการบินหรือท่าอากาศยานที่ระบุสาเหตุและระยะเวลาของการถูกจี้เครื่องบิน
3. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

 # กรณีความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่ที่เกิดเหตุ
3. ใบรับรองแพทย์ และ ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีทำให้ผู้อื่นเสียชีวิต หรือ บาดเจ็บ
4. ใบเสร็จรับเงินค่าซ่อมแซม หรือ ใบเสร็จรับเงินและจดหมายยืนยันจากทางร้านค้าในกรณีที่จำเป็นต้องซื้อของชิ้นนั้นๆ เนื่องจากทำให้ของชิ้นนั้นเสียหาย
5. หมายศาล หรือ คำสั่ง หรือ คำบังคับของศาล (ถ้ามี)
6. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
7. รูปถ่าย และ หลักฐานแสดงความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดแก่บุคคลภายนอก
8. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

 # กรณีเสียชีวิต

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. สำเนาใบมรณบัตร
3. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
4. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย " ตาย "
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์

5. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาตั๋วเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกัน
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย
8. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์(กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)

 # กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. ใบรายงานความเห็นแพทย์กรณีประเมินทุพพลภาพ (A04)
3. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาตั๋วเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกัน
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย
6. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์(กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)
7. ใบแสดงความเห็นของแพทย์ กรณีประเมินสูญเสียสายตา (A05)

หมายเหตุ:

1. กรณีการเรียกร้องค่าสินไหมตามผลประโยชน์อื่นๆในกรมธรรม์ กรุณาตรวจสอบรายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมจากรายละเอียดในกรมธรรม์
2. ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และ เอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น
3. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 7-15 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน
4. กรณีเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมเป็นใบเสร็จรับเงิน ต้องใช้ต้นฉบับเท่านั้น
5. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ กรุณาเตรียมเอกสารเพิ่มเติมประกอบชุดเคลม ดังนี้
   - สำเนาสูติบัตร
   - สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์
   - สำเนาบัตรประชาชน ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์

เมื่อท่านระบุแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน และจัดเตรียมเอกสารเป็นที่เรียบร้อย

กรุณาจัดส่งชุดเอกสารต้นฉบับโดยไปรษณีย์ลงทะเบียนหรือ EMS มาที่
ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15
บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพ 10120

หากท่านมีข้อสงสัย หรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อส่วนสินไหมด้านสุขภาพ (A&H Claim)
ในวันเวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น. โทร.02-239-2200 หรือ E-mail : claim_health@dhipaya.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันเดินทาง (Travel Insurance Claim Form)

1. รายละเอียดกรมธรรม์ (Policy)

1.1 เลขที่กรมธรรม์ (Policy no.)_____

2. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย (Insured Person Details)

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย (Name of Insured) _____ อายุ (Age) _____

2.2 ที่อยู่ (Address)_____

โทรศัพท์ (Telephone no.)_____ **อีเมล์ (Email Address)**_____

3. รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)

3.1 วันที่เกิดเหตุ (Date) _____ เวลา (Time)_____ สถานที่ (Place)_____

3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the Incident occurred)_____

_____

_____

_____

_____

ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้งนี้ ได้รับการชดเชยแล้วหรือไม่ (This loss)

☐ ไม่ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงาน (has not been compensated from other companies or other parties)

☐ ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงาน (has been compensated from other companies or other parties)_____

ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด (Please specify the name of the company) _____

เป็นจำนวนเงิน (Amount of compensation) _____บาท(Baht) .

4. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim)

4.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจานวนเงิน (Amount Claim)_____บาท(Baht) หรือระบุสกุลเงินที่ท่านใช้จ่ายจริง

ดังกรณีต่อไปนี้ (Please tick in the box the type of benefits you are claiming:)

☐ กรณีค่ารักษาพยาบาล (Medical expenses)

☐ ในประเทศ (in Thailand)

☐ ต่างประเทศ (Abroad)

☐ กรณีการสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และทรัพย์สินส่วนตัว (Damage/ Loss of baggage and personal effect)

กรุณาระบุรายละเอียดความเสียหายในเอกสารหน้าที่ 2 Please describe the detail of item damaged/lost in page no. 2

☐ กรณีการล่าช้าในการเดินทาง (Travel delay) **กรุณาระบุเวลาเดินทางจากหมายกำหนดการเดินทาง และ เวลาที่ได้เดินทางจริง**

กำหนดการเดิม (Original Schedule)

Flight no._____ Route_____ Departure date and time_____ Arrival date and time _____

เดินทางจริง (New Schedule)

Flight no._____ Route_____ Departure date and time_____ Arrival date and time _____

กำหนดการเดิม (Original Schedule)

Flight no._____ Route_____ Departure date and time_____ Arrival date and time _____

เดินทางจริง (New Schedule)

Flight no._____ Route_____ Departure date and time_____ Arrival date and time _____

กำหนดการเดิม (Original Schedule)

Flight no._____ Route_____ Departure date and time_____ Arrival date and time _____

เดินทางจริง (New Schedule)

Flight no._____ Route_____ Departure date and time_____ Arrival date and time _____

☐ กรณีการเลื่อนหรือบอกเลิกการเดินทาง ก่อนวันออกเดินทาง (Trip cancellation)

☐ กรณีการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage delayed)

☐ กรณีความคุ้มครองเอกสารการเดินทาง (Loss of travel document)

☐ กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ

(Loss of life, dismemberment (hand, foot), loss of sight or total permanent disability while traveling)

☐ กรณีการจี้โดยสลัดอากาศ (Hijacking)

☐ กรณีความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก (Third Party Liability)

☐ กรณีอื่นๆ (Others)……..

รายการสูญหาย / เสียหาย (ยี่ห้อ/รุ่น/ขนาด/วัสดุ) Item damaged/lost (brand/model/size/material)	วันที่ซื้อ Date of Purchase	ราคา Price
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

☐ อื่นๆ โปรดระบุ (Other claiming, please describe)_____

_____

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์แก่บิดา / มารดา

โดยข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมในนาม _____

In case of the insured is minor the company would make the claim payment to parents.

I would like the company make claim payment to_____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือเรียกคืนสินไหมใดๆ คืนจากข้าพเจ้าได้ทันที

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. Company have right to refuse or refund any claim from insured if Company found that Statements in this report are not true, fraud, or hide important information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE , SMS หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย) ข้าพเจ้ารับทราบจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ (Sign) _____ วันที่ (Date) _____

ผู้แจ้ง (Claimant) / ผู้เอาประกันภัย (Insured name)

<u>สำหรับลูกค้าติดต่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน</u>

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กทม. 10120
โทร 02-239-2200
E-Mail: claim_health@dhipaya.co.th
(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 – 16.30 น.)

<u>Contact information</u>

Dhipaya Insurance Public Company Limited
A&H Claim Department
1115 Rama III road, Chong Nonsi, Yannawa, BKK,
10120 Tel. +66 2 239 2200
E-Mail: claim_health@dhipaya.co.th
(Mon - Fri from 8.30 – 16.30)