



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

A01-1

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

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.) _____ อีเมล (Email Address) _____

3. รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)

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

3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the Incident occurred) _____

ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้งนี ได้รับ การชดเชยแล้วหรือไม่ (This loss)

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

ได้รับ การชดเชยจากหน่วยงาน (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 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน (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 _____

กรณีการเลื่อนหรือยกเลิกการเดินทาง 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)

กรณีความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก (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) _____





ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคีรัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

A01-1

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

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.

ลงชื่อ (Sign) _____

วันที่ (Date) _____

ผู้แจ้ง (Claimant) / ผู้เอาประกันภัย (Insured name)

สำหรับลูกค้าติดต่อเรียกจ่ายค่าสินไหมทดแทน

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.)

Contact information

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)

