



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม

กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2, 3 และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ
การเรียกร้องสินไหม แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบสำหรับผู้อประกันภัยหนึ่งราย
กรุณาเก็บสำเนาเอกสารทั้งหมดที่ส่งคืนมายังบริษัทฯ เพื่อเป็นหลักฐาน

เลขที่เรียกร้องสินไหม: _____
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ : ผู้อประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อให้เอกสารการเรียกร้องสินไหมนี้สมบูรณ์ ตลอดจนหลักฐานประกอบอื่นๆ

ในกรณีที่ผู้อประกันภัยไม่สามารถให้เอกสารตามที่ระบุไว้ นั้น ทางบริษัทมีสิทธิปฏิเสธเนื่องจากเอกสารไม่ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้านและการเดินทาง (กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี)

กรมธรรม์เลขที่:

ชื่อ- นามสกุล ผู้อประกันภัย:

เชื้อชาติ และประเทศที่อาศัย:

อาชีพ:

วันเกิด :

ที่อยู่ (สำหรับติดต่อ):

เบอร์โทรศัพท์:	ที่ทำงาน:	บ้าน	มือถือ:
----------------	-----------	------	---------

รายละเอียดการเดินทาง

วันที่ทำการจอง:

วันที่ออกเดินทาง:	วันที่เดินทางกลับ:
-------------------	--------------------

เดินทางไปยัง (ในประเทศ หรือต่างประเทศ):

คุณเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่: ใช่ ไม่ใช่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมดังกล่าว (เช่น วันที่ จำนวนเงิน ประเภทของการเรียกร้องสินไหม บริษัทประกันภัยคู่สัญญา):

กรุณาระบุประเภทของสินไหมที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์ของท่าน (กรุณาทำ เครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> การชดเชยความรับผิดชอบแรกสำหรับค่าเช่ารถ | <input type="checkbox"/> อุปกรณ์กอล์ฟ |
| <input type="checkbox"/> สัมภาระสูญหาย / เสียหาย หรือของพกส่วนตัว | <input type="checkbox"/> การยกเลิกหรือการตัดทอนการเดินทาง | <input type="checkbox"/> กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ |
| <input type="checkbox"/> การเดินทางล่าช้า / พลาดการต่อเที่ยวบิน | <input type="checkbox"/> สัมภาระล่าช้า | <input type="checkbox"/> กรณีเรียกร้องค่าทดแทนอื่นๆ |



กรุณาแนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมกับแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม

สำเนาตารางกรมธรรม์และกำหนดการเดินทาง

สำเนาพาสปอร์ต และวีซ่า (ถ้ามี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ตัวเครื่องบินต้นฉบับ อิเล็กทรอนิกส์ บัตรขึ้นเครื่องบินหรือสำเนา ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง

ส่วน 2 รายละเอียดการเรียกร้องสินไหม

A: การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากการเดินทางล่าช้า/พลาดการต่อเที่ยวบิน

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.A และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่เอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาเขียนวันที่ เวลา และจุดหมายการเดินทางที่ท่านกำหนดจะไปถึงหรือเพื่อต่อเที่ยวบิน

วัน: _____ เวลา: _____ จุดหมายการเดินทาง: _____

กรุณาเขียนวันที่ เวลาที่ท่านเดินทางไปถึงตามจริงหรือเวลาที่ออกเดินทางต่อ

วัน: _____ เวลา: _____

กรุณาเขียนช่วงเวลาทั้งหมดที่ล่าช้าทั้งหมดและออกเดินทาง

ชั่วโมง: _____ นาที: _____

สาเหตุความล่าช้า: _____

ถ้าท่านเดินทางโดยเครื่องบินกรุณาระบุเที่ยวบิน _____

B. รายละเอียดการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากสภาวะสูญหาย / เสียหาย เงินสูญหาย เอกสารการเดินทางสูญหาย

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.B และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่เอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมในกระดาษและแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)

ท่านได้ดำเนินการแจ้งความต่อตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าใช่ กรุณาระบุสถานีตำรวจ หรือหน่วยงาน (เช่น สายการบิน ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน): _____

ถ้าไม่ใช่ กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้แจ้งความ: _____



คุณได้รับการชดเชยจากตัวแทนบริษัทท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่น ใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
ชื่อบริษัท : _____ หมายเลขกรมธรรม์ : _____

กรุณาระบุรายละเอียดการสูญหาย ความเสียหายหรือการจรรยาบรรณสัมภาระ เงิน หรือเอกสาร (เช่น หนังสือเดินทาง) ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษและแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม

รายละเอียด (รวมถึงสถานที่เกิดเหตุ ถ้าเป็นเงินกรมธรรม์สกุลเงิน)	เจ้าของ	ราคาที่ซื้อ (กรมธรรม์สกุลเงิน)	วันที่และสถานที่ซื้อ (กรมธรรม์ถ้าท่านไม่ได้เป็นเจ้าของ)	วิธีการชำระเงิน (เช่น บัตรเครดิต)	จำนวนเงินที่เรียกร้องสินไหม (กรมธรรม์สกุลเงิน)

C. การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากสัมภาระล่าช้า

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.C และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่ขากสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนที่

กรุณาระบุวันที่และเวลาที่ท่านเดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง
วัน: _____ เวลา: _____ เที่ยวบิน: _____

สาเหตุที่สัมภาระล่าช้า: _____

ท่านเคยได้รับการชดเชยจากบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่นๆ ใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด _____

D. การเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล หรือการตัดทอนการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.D, 2.G และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในตอนที่ขากสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนที่

กรุณาระบุสถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย : _____
วันที่: _____ ประเทศ: _____

กรุณาระบุสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากการตัดทอนการเดินทาง กรุณาระบุเหตุผล : _____



ประเภทของการรักษาพยาบาล :		
ชื่อและที่อยู่ของ โรงพยาบาล /: คลินิก		
ชื่อแพทย์ที่ทำ การรักษา:		
วันที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือวันที่ได้รับการรักษา :		
อาการบาดเจ็บหรือป่วยไข่นี้เคยเกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
กรุณาระบุรายละเอียดของประกันสุขภาพ ซึ่งท่านมี (เช่น ประกันสุขภาพส่วนบุคคล ประกันกลุ่มของบริษัท):		
กรุณาระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง(ท่านสามารถอธิบายในกระดาษเพิ่มเติมได้และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)		
ประเภทค่ารักษาพยาบาล (เช่น ค่าแพทย์)	ชื่อ โรงพยาบาล / แพทย์	สกุลเงิน และจำนวนเงินที่ได้ชำระ
จำนวนเงินทั้งหมดที่จะเรียกร้องสินไหม		

กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และค่า แนะนำ จากแพทย์ทั้งหมดที่ได้รับในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา		
รายชื่อแพทย์ที่ทำ การรักษา	วันที่ได้ทำการรักษาหรือแนะนำ	ลักษณะ / ชนิด ของการเจ็บป่วย บาดเจ็บ / ชนิดของการรักษา / การใช้จ่าย



<p>ปัจจุบัน คุณอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล หรือรับประทานยาหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลหรือรับประทานยาในปัจจุบัน :</p>
E. การเรียกร้องสินไหมการยกเลิกการเดินทาง
<p>เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.E และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมในคอนทักเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในคอนทัก</p>
<p>1. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านตัดสินใจได้รับแนะนำให้ยกเลิกการเดินทาง:</p> <p>วัน : เดือน: ปี:</p>
<p>2. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านแจ้งยกเลิกการเดินทางตัดสินใจได้รับแนะนำให้ยกเลิกการเดินทางแก่บริษัทท่องเที่ยว:</p> <p>วัน : เดือน: ปี:</p>
<p>ถ้าวันที่ในข้อ 1 และข้อ 2 แตกต่างกัน กรุณาอธิบาย:</p>
<p>กรุณาระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ท่านยกเลิกการเดินทาง:</p>
F. การเรียกร้องสินไหมสินไหมอื่น
<p>เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูล ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในคอนทัก</p>
<p>กรุณาระบุรายละเอียดมากที่สุดที่จะแจ้งได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและต้องการเรียกร้องค่าสินไหม (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษแนบเพิ่ม)</p>
<p>สิ่งที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมตรงกับความรู้สึกครองในส่วนตัวของกรมธรรม์?</p>



G. Medical certificate	
In order for your medical expenses, trip cancellation or curtailment claim to be dealt with promptly, please ensure this section is fully completed by your doctor.	
Patient name:	
Age/date of birth:	
Date of visit/admission:	Date of discharge:
Doctor:	
History of present illness:	
Pre-existing illness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If there any indication that the condition suffered was due to substance, alcohol or drug abuse: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Vital signs:	BP: HR: PR: BT: BW:
General appearance:	
Neuro:	
HEENT:	Lungs:
Heart:	
Abdomen:	Extremities:
Investigation/laboratory findings:	
Diagnosis:	
Medication/treatment:	





Hospital course/progress:

Treating doctor's opinion:

Follow-up appointment: Yes Date: No

Home medication (if discharged):

Travel recommendation (fit to fly with or without escort, required assistances):

Permit to travel: Fit to fly date: Unfit to fly

Need escort: Yes Doctor Nurse Non-medical escort No escort

Need wheelchair assistance: Yes WCHR WCHS WCHC No

Need oxygen supplement: Yes Intermittent Continuous LPM No

Need stretcher: Yes No Others:

I certify that the statements contained in this Medical Certificate are true and correct.

Doctor's signature:	Date:
---------------------	-------



ส่วน 3 การจ่ายสินไหม (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

วิธีการจ่ายสินไหม

กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ท่านต้องการ

ผ่านธนาคารของท่าน

ชื่อธนาคาร:

ชื่อบัญชี:

SWIFT/IBAN Code (สำหรับบัญชีต่างประเทศเท่านั้น)

โดยเช็คส่งไปยังที่อยู่ (ที่ระบุในส่วน A)

กรุณาอ่านคำรับรองข้างล่างอย่างระมัดระวังและลงชื่อพร้อมวันที่

คำรับรอง (Declaration)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมนี้ เป็นความจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าทราบดีว่าผู้บริหารงานหรือตัวแทนอาจจะมอบให้หรือนำ ข้อมูลจากผู้ประกันภัยรายอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่น ซึ่งรายละเอียดส่วนตัว
ที่เกี่ยวข้องจากการ เรียกร้องสินไหมนี้

ลายเซ็นผู้เรียกร้องสินไหม

วันที่

ข้อมูลเพิ่มเติม (Additional information)



Release of medical information

I, _____ passport number _____, hereby authorize any hospital, physician or other person who has medically examined me to furnish Euro-Center Holding SE all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment that were rendered to me. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as an original.

I understand that this authorization will allow Euro-Center Holding SE to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims.

Patient's signature:

Witness's signature:

Date of signature and location: