



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยสินเชื่อเพื่อการเช่าซื้อ Loan Protection

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเพื่อการเรียกร้อง

(การจ่ายค่าทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ จะให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุในกรมธรรม์ โดยลำดับแรกคือ บริษัทผู้ให้เช่า ตาม
ภาระหนี้สินค้างชำระ ณ เดือนที่ผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียตามความคุ้มครองหากหนี้สิน ค้างชำระน้อยกว่าค่าทดแทนที่
คำนวณได้ ส่วนที่เหลือนี้จะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือทายาทโดยธรรมกรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)

กรมธรรม์เลขที่ ชื่อ-สกุลผู้แจ้งเคลม

ระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย โทร. โทรสาร.

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี อาชีพ ตำแหน่ง

ชื่อสถานที่ทำงาน

1. อุบัติเหตุ หรืออาการป่วยเกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

2. สถานที่เกิดอุบัติเหตุ หรือ เกิดอาการป่วย.....

3. รายละเอียดอุบัติเหตุ หรืออาการป่วย (กำลังทำอะไรกับใคร เหตุการณ์เกิดอย่างไร สาเหตุ เกิดการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย
อย่างไร)

4. อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ลักษณะบาดเจ็บ ผลการวินิจฉัยโรค

5. ท่านเคยเป็นโรคนี้ หรือมีอาการป่วย หรือมีอาการผิดปกติเช่นนี้หรือไม่ ก่อนที่กรมธรรม์จะเริ่มความคุ้มครองในปีแรก

ไม่เคย เคย แต่รักษาหายแล้ว เคย และอยู่ในระหว่างรักษาตัว ยังไม่หาย

เคย และยังไม่ได้รับการรักษามาก่อนเลย

6. เรียกร้องค่าทดแทน ดังนี้ (สามารถเรียกร้องค่าทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ตามข้อตกลงคุ้มครองเพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น)

หมวดที่ 1 การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ

หมวดที่ 2 การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากการเจ็บป่วย

หมวดที่ 3 การเจ็บป่วยด้วยภาวะ หรือโรคร้ายแรง (โปรดระบุ)

โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ภาวะโคมา ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลว ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

7. ค่าสินไหมทดแทน ค่ารักษาพยาบาล เงินชดเชยรายได้ เป็นจำนวนเงิน บาท

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแจ้งเท็จ แสร้งทำขึ้น ปลอมแปลงเอกสาร
บิดเบือน หรือ บิดบังความจริงใด ๆ สิทธิที่จะได้ค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที จึงได้ลงลายมือ
ชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

(สำหรับผู้เอาประกันภัย หรือญาติ (กรณีผู้เอาประกันภัยไม่สามารถบันทึกได้) หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต)

ลงชื่อผู้เรียกร้องฯ ระบุความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

(ตัวบรรจง) (.....) วันที่ส่งเรื่องเรียกร้อง (.....)



ส่วนที่ 2 : การยินยอมของผู้เอาประกันภัยที่ได้รับบาดเจ็บ / เจ็บป่วย หรือผู้รับประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับ ความบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องเรียกร้อง ข้างต้น และโปรดสำเนาเอกสารทางการแพทย์ รายงานการรักษาของข้าพเจ้า หรือผู้เสียชีวิต ให้แก่ บมจ. คัมภีร์โตเกียวมารีน ประกันภัย (ประเทศไทย) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ของข้าพเจ้าตาม เงื่อนไข ของกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น

อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

(ผู้เอาประกันภัยผู้ให้ความยินยอม)

ลงชื่อ

.....

(ตัวบรรจง)

วันที่ / /

(ลงนามกรณีที่ไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ได้)

ลงชื่อผู้รับประโยชน์

.....

(ตัวบรรจง)

วันที่ / /

ความสัมพันธ์กับผู้ให้ความยินยอม



เอกสารเบื้องต้นประกอบการเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยสินเชื่อเพื่อการเช่าซื้อ

กรณีเสียชีวิต

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกโดยสมบูรณ์
- เอกสารหลักฐานยืนยันการทำสินเชื่อเช่าซื้อรถยนต์ (รับรองสำเนาโดยผู้ให้กู้)
- ต้นฉบับเอกสารยืนยันภาระจำนวนเงินกู้ (หนี้สินค้างชำระ) ณ เดือนที่ผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียตามความคุ้มครอง
- สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ (รับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ) เฉพาะกรณีที่ ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากสถานีตำรวจท้องที่เกิดเหตุ
- สำเนาใบรับรองการเสียชีวิตจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (กรณีเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ)
- สำเนารายงานแพทย์ หลักฐานการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบโรคศิลป์ และใบรับรองการเสียชีวิตจากโรงพยาบาล (กรณีเสียชีวิต ที่โรงพยาบาล)
- สำเนาใบมรณะบัตรของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้อง โดยญาติของผู้เสียชีวิต)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต (รับรองสำเนาถูกต้องโดยญาติของผู้เสียชีวิต)
- สำเนาทะเบียนบ้านแจ้งการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้อง โดยญาติของผู้เสียชีวิต)
- เอกสารของผู้รับประโยชน์: กรณีบุคคล (โปรดลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)
 - สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
 - สำเนาทะเบียนสมรส กรณีเป็นคู่สมรสของผู้เอาประกันภัย
 - สำเนาการเปลี่ยนชื่อ- สกุล
 - หนังสือแจ้งและโอนสิทธิเรียกร้องของทายาทโดยธรรมที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - คำสั่งศาลระบุผู้จัดการมรดก (ถ้ามี)
 - อื่น ๆ

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ สายตา การเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายแรง

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกโดยสมบูรณ์
- เอกสารหลักฐานยืนยันการทำสินเชื่อเช่าซื้อรถยนต์ (รับรองสำเนาโดยผู้ให้กู้)
- ต้นฉบับเอกสารยืนยันภาระจำนวนเงินกู้ (หนี้สินค้างชำระ) ณ เดือนที่ผู้เอาประกันภัยได้รับความสูญเสียตามความคุ้มครอง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้อง)
- ใบรับรองแพทย์ระบุรายละเอียดความสูญเสีย สำเนารายงานแพทย์ หลักฐานการตรวจวินิจฉัย และการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบโรคศิลป์
- ภาพถ่ายแสดงการสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัย

กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองแพทย์

หมายเหตุ บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ร้องขอเอกสารอื่นเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี และตามความจำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณา

โปรดติดต่อ และส่งเอกสารเรียกร้องค่าทดแทนที่ : สำนักงานสาขาของบริษัทฯ หรือส่งที่

บริษัท คัมภีร์โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (สำนักงานใหญ่)

เลขที่ 302 อาคาร S&A ชั้น 2-6 ถนนสีลม แขวงสุริยวงค์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร : 0-2257-8000 โทรสาร : 0-2686 8899

แผนกสินไหมทดแทน : คุณ รักษนก (ต่อ 1518), คุณมณีนยา (ต่อ 1537), คุณไพฑูรย์ สุขดี (ต่อ 1541)