

i-Insure Travel Insurance: แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน (Claim Form)

Policy No.		Claim No.	
รายละเอียด กรมธรรม์	แผนความคุ้มครอง:	แผนประกันภัยเดินทางในประเทศ	แผนประกันภัยเดินทางต่างประเทศ
		<input type="checkbox"/> แผน Domestic Eco <input type="checkbox"/> แผน Domestic Care	<input type="checkbox"/> แผน บรอนซ์ <input type="checkbox"/> แผน โกลด์ <input type="checkbox"/> แผน ซิลเวอร์ <input type="checkbox"/> แผน เอ็กซ์คลูซีฟ
วันที่ซื้อกรมธรรม์			
รายละเอียด ผู้เอาประกันภัย	ชื่อ - สกุล .....	.....
	เพศ อายุ	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง	
	ที่อยู่ .....	.....
	โทรศัพท์	อีเมล	
	กรณีเป็นผู้กระทำการแทน ชื่อ - สกุล .....	.....
ความสัมพันธ์			
รายละเอียด เที่ยวบิน	เลขที่ใบจอง (Booking Number)		
	วันที่โดยสารขาออก	สนามบิน	ถึง
	สายการบินเลขที่	เวลา	ถึง
	วันที่โดยสารขาเข้า	สนามบิน	ถึง
สายการบินเลขที่			
เวลา			
กรณำทำ "เครื่องหมายถูก" หน้าความคุ้มครองที่ต้องการจะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน		จำนวนค่าสินไหมฯ ที่เรียกร้อง	
<input type="checkbox"/> 1. อุบัติเหตุส่วนบุคคล (กรณำเลือกรายละเอียดด้านล่าง) <input type="checkbox"/> 1.1 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> 1.2 ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> 1.3 สูญเสียอวัยวะ และ/หรือสายตาเนื่องจากอุบัติเหตุ		.....
<input type="checkbox"/> 2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย		.....
<input type="checkbox"/> 3. การบอกเลิกการเดินทาง กรณำระบุเหตุผล .....		.....
<input type="checkbox"/> 4. การลดจำนวนวันเดินทาง กรณำระบุเหตุผล .....		.....
<input type="checkbox"/> 5. การล่าช้าของการเดินทาง		.....
<input type="checkbox"/> 6. การพลาดการต่อเที่ยวบิน		.....
<input type="checkbox"/> 7. การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางและทรัพย์สินส่วนตัว		.....
รายละเอียด	วันและสถานที่ที่ซื้อ	ราคาที่ซื้อ	.....
1) .....	.....	.....	.....
2) .....	.....	.....	.....
3) .....	.....	.....	.....
4) .....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> 8. การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง		.....
<input type="checkbox"/> 9. ความรับผิดชอบต่อบัตรเครดิต		.....
<input type="checkbox"/> 10. ค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้าย หรือการส่งกลับเพื่อการรักษาพยาบาล		.....
<input type="checkbox"/> 11. ค่าใช้จ่ายในการส่งศพกลับประเทศ		.....
<input type="checkbox"/> 12. ความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก		.....
รายละเอียดเหตุการณ์		.....
วันเกิดเหตุ		ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์	
.....		เบอร์ติดต่อ	
ท่านมีหลักฐานทางกฎหมายหรือไม่? <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		.....
กรณำส่งสำเนาหลักฐาน บันทึกเจ้าหน้าที่ตำรวจ และรายงานผู้เห็นเหตุการณ์			

i-Insure Travel Insurance: แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน (Claim Form)

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทกรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) บริษัทในเครือ และ/หรือพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท เก็บรวบรวม (ทั้งจากข้าพเจ้าหรือแหล่งอื่น) ใช้ ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ ข้อมูลการเดินทาง ความล่าช้าหรือการยกเลิกการเดินทาง ข้อมูลความสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (Sensitive Data) (เช่น ประวัติการรักษา ข้อมูลสุขภาพ วิธีให้การรักษาหรือบันทึกทางการแพทย์) เพื่อวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองการเดินทาง การรักษาพยาบาลหรือซ่อมแซมทรัพย์สินของข้าพเจ้า รวมถึงการชำระหรือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง การรักษาพยาบาลและ/หรือการซ่อมแซมหรือชดเชยทรัพย์สินที่เสียหายหรือสูญหาย หรือเพื่อใช้ประโยชน์ในกิจการของบริษัท ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบตกลง และยินยอมว่า บริษัท บริษัทในเครือ และ/หรือพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท มีสิทธิเก็บรวบรวม ใช้ ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ประกาศใช้ในปัจจุบัน หรือที่อาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขในภายหลัง ตามเว็บไซต์ www.kpi.co.th/privacy

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

ลายเซ็นผู้เอาประกัน / ผู้กระทำการแทน
 วันที่ / /

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

บัญชีธนาคารต่างประเทศ / International transfer payment

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1) Name of account holder (claimant) | 5) SWIFT / IBAN Code |
| 2) Account number | 6) Currency |
| 3) Bank name | 7) Your residence address |
| 4) Bank address | |

บัญชีธนาคารในประเทศไทย / Thailand transfer payment

- ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ กระแสรายวัน ชื่อธนาคาร
- สาขา
- ชื่อบัญชี (เป็นชื่อเดียวกับผู้จองตั๋ว)
- เลขที่บัญชี

*** พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย ***

เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

เอกสารเบื้องต้น แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม พร้อมกรอกข้อมูลครบถ้วน กำหนดการเดินทางจากสายการบิน

อุบัติเหตุส่วนบุคคล (เสียชีวิต / ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ และ/หรือสายตาคจากอุบัติเหตุ) <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเสียชีวิต) <input type="checkbox"/> สำเนานบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ฯ เจ้าของคดี <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเสียชีวิต) <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ หรือรายงานผ่าพิสูจน์ศพ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเสียชีวิต) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ หรือใบรับรองแพทย์ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือ สูญเสียอวัยวะหรือสำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ)	ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ หรือใบรับรองแพทย์ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย และใบสรุปปิดหน้าบ (สรุปค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ของสถานพยาบาล ความสูญเสียหรือเสียหายต่อกระเป๋าเดินทาง และ/หรือทรัพย์สินส่วนตัว <input type="checkbox"/> รายงานความเสียหาย (Irregularity Report) ของสายการบิน <input type="checkbox"/> ภาพถ่ายแสดงความเสียหายดังกล่าว <input type="checkbox"/> ใบเสนอราคา หรือใบเสร็จรับเงินค่าซ่อมแซมทรัพย์สินที่เสียหาย <input type="checkbox"/> Baggage Tag หรือบัตรรับเช็คอินกระเป๋าเดินทางของสนามบิน <input type="checkbox"/> ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถื่น พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ฯ เจ้าของคดี กรณีความสูญเสียหรือความเสียหายจากการขู่มขู่หรือบังคับในลักษณะรุนแรง ความล่าช้าของการเดินทางและการพลาดการต่อเที่ยวบิน <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงวันเดินทาง ระยะเวลา พร้อมเหตุผลที่ล่าช้าจากสายการบิน
การยกเลิกการเดินทางและการลดจำนวนวันเดินทาง <input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ หรือใบรับรองแพทย์ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> สำเนามรณบัตรของผู้เสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเกิดจากการเสียชีวิต) <input type="checkbox"/> รายละเอียดค่าใช้จ่ายจากสายการบิน <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนสมรส หรือเอกสารใดๆ เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ กรณีเกิดเหตุเกี่ยวข้องกับคู่สมรส บุตร หรือญาติใกล้ชิด	ความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง <input type="checkbox"/> สำเนานบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ฯ เจ้าของคดี <input type="checkbox"/> หลักฐานการเรียกร้องความเสียหายจากบุคคลภายนอก พร้อมหลักฐานค่ารักษาพยาบาลและค่าซ่อมทรัพย์สิน
ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่าจ้างเครื่องใช้จำเป็นเร่งด่วน	ความรับผิดชอบต่อบัตรเครดิต <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง <input type="checkbox"/> หลักฐานการสูญเสียของเงินบัตรเครดิตที่ออกให้โดยบริษัทบัตรเครดิต <input type="checkbox"/> สำเนานบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ฯ เจ้าของคดี