วิริยะประกันภัย
VIRIYAH INSURANCE

CARE
ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ

# แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทาง
# (Travel Insurance Claim Form)

**กรุณากรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนในส่วนที่ 1 ให้ครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อผู้เรียกร้องสินไหม :**
**Please complete 1 in full, and sign the Claim Form.**

**แบบฟอร์มการเรียกร้องที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะไม่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนได้ :**
**Please note that incomplete Claim Form cannot be processed for settlement of claim payments.**

**ส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องที่สมบูรณ์พร้อมเอกสารต้นฉบับที่เกี่ยวข้องทั้งหมดไปที่ บริษัท วิริยะประกันภัย :**
**Please send the completed Claim Form with all original copies of supporting document to Viriyah Insurance.**

## ส่วนที่ 1: รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (Section 1 Customer and travel details)

**กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี (To be fully completed by the Claimant)**

ชื่อ-สกุลของผู้เรียกร้อง (Full name of Claimant) .....

☐ เลขบัตรประชาชน (ID No.) / ☐ หนังสือเดินทาง (Passport No.) ..... วัน/เดือน/ปี เกิด (Date of Birth)..... อายุ (Age) ..... ปี (years)

ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง (Full address of Claimant) .....

โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.) ..... โทรศัพท์ (Telephone No.) ..... (อีเมล์ Email Add.) .....

เลขที่กรมธรรม์ (Policy No.) ..... วันหมดอายุกรมธรรม์ (Policy Expiry Date) .....

เลขที่หนังสือรับรองการประกันภัย (ถ้ามี) (Insurance Certificate No. (if any)) .....

อาชีพ (Occupation) ..... สัญชาติ (Nationality) ..... เชื้อชาติ (Race) .....

วันที่สำรองการเดินทาง (Date travel arrangement were booked) ..... เที่ยวบินที่ (Flight No.) .....

เดินทางไปยังประเทศ (Overseas Destination) .....

วันที่ออกเดินทางจากประเทศไทย (Date of departure from Thailand) ..... เวลา (Time) .....

วันที่กลับมาถึงประเทศไทย (Date of return to Thailand) ..... เวลา (Time) .....

กรุณาลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง กรณีผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครอง ลงลายมือชื่อแทน
The Insured Person (If below 18 years old, please provide guardian's signature)

ลงลายมือชื่อ / Signature .....

(.....)

วันที่ / Date .....

## โปรดทำเครื่องหมายถูก (√) หน้าประเภทของผลประโยชน์ที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- ☐ การรักษาพยาบาล (Medical Benefits)
- ☐ การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ (Loss of life. dismemberment, loss of sight or total permanent disability due to accident)
- ☐ ชดเชยรายวันสำหรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในต่างประเทศ (Daily Benefit in case of receive Medical Treatment in Overseas Hospital)
- ☐ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้เอาประกันภัยที่โรงพยาบาลในต่างประเทศ (Overseas Hospital Visitation)
- ☐ ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศไทยหรือประเทศภูมิลำเนา (Repatriation of mortal remains)
- ☐ ความรับผิดต่อบุคคลภายนอก (Personal Liability)
- ☐ การส่งตัวผู้เยาว์กลับประเทศ (Return of minor children)
- ☐ ความสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ทรัพย์สินส่วนตัว (Loss or damage of baggage / personal effects)
- ☐ การสูญหายของเอกสารการเดินทาง (Loss of travel documents)

- ☐ การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง (Trip Cancellation)
- ☐ ค่าใช้จ่ายในการเพิ่มหรือลดจำนวนวันเดินทาง (Trip Curtailment)
- ☐ ความล่าช้าในการเดินทาง (Travel Delay)
- ☐ การพลาดการต่อเที่ยวบิน (Missed Connecting Flight)
- ☐ การเดินทางล่าช้าจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน (Travel delay from changing flight routes)
- ☐ การพลาดเที่ยวบินเนื่องจากระบบการจัดจำหน่ายตั๋วของสายการบิน (Missed flight Airline booking systems error)
- ☐ ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage Delay)
- ☐ ความสูญเสียหรือความเสียหายของทรัพย์สินภายในบ้าน (Loss or damage of property in the insured's resident in Thailand)
- ☐ ความรับผิดส่วนแรกสำหรับรถเช่า (Rental car excess)
- ☐ การสูญหายของเงินพกติดตัว (Loss of Pocket Money)
- ☐ การจี้ยานพาหนะสาธารณะติดต่อกัน 24 ชั่วโมง (Hijacking Public Vehicles)
- ☐ การชดเชยค่าโทรศัพท์กรณีฉุกเฉิน (Emergency Call Compensation)
- ☐ รางวัลพิเศษสำหรับโฮล-อิน-วัน (Special Hole-in-One Reward)
- ☐ อื่น ๆ ระบุ (Others (Please specify)) .....

## ส่วนที่ 2: ผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือ ผู้รับผลประโยชน์ (โปรดกรอกส่วนนี้ หากแตกต่างจากส่วนที่ 1) หากมีผู้รับผลประโยชน์เกินกว่า 1 คน แนบเอกสารแสดงรายละเอียดเพิ่มเติม แยกตามผู้รับผลประโยชน์แต่ละคน

| ชื่อ-นามสกุล | เลขบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง | อีเมล / หมายเลขโทรศัพท์ | ที่อยู่อาศัยสำหรับติดต่อ |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## ส่วนที่ 3 : การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Section 3 Claim)

3.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน (Amount Claim) ..... บาท (Baht) หรือระบุสกุลเงินที่ท่านใช้จ่ายจริง ดังกรณีต่อไปนี้ (Please tick in the box the type of benefits you are claiming)

- ☐ กรณีค่ารักษาพยาบาล (Medical Expenses)
- ☐ ในประเทศ (Domestic)
- ☐ ต่างประเทศ (Overseas)

## ส่วนที่ 4 : กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล (Section 4 Medical Expense)

1. วันที่เกิดอาการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยครั้งแรก วันที่ (Date of Accident or illness) ..... เวลาที่เกิดเหตุ (Time) .....
   สถานที่เกิดเหตุ (Place of accident) .....
2. รายละเอียดของการเกิดเหตุหรือเจ็บป่วย (Description of accident / Nature of illness)
3. การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือไม่ (Is the illness/ Injury related to an accident) ☐ ใช่ (Yes) ☐ ไม่ใช่ (No)
   ถ้า" ใช่" โปรดให้รายละเอียด (If yes, please provide details) .....
4. โปรดระบุชื่อของแพทย์ที่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยไปพบ (Name of the referring physician) .....

..... ผู้เอาประกันภัย (หากผู้เอาประกันภัยต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อแทน) .....
ลายมือชื่อ (Signature) (The Insured Person (If below 18 years old, please provide guardian's signature)) วันที่ (Date)

**ส่วนที่ 5 : ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate) กรอกข้อมูลโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา (Please ensure this section is fully complete by your Doctor)**

The Patient's Name ..... HN ..... AN .....

Is the illness/ Injury related to an accident? ..... ☐ Yes ..... ☐ No .....

Please give the name and address of the referring physician (if any): .....

.....

.....

What dates were you first consulted about this injury, illness or medical condition or for any other related condition?

.....

.....

Please give your diagnosis of the injury, illness/ medical condition:

.....

.....

If the Patient received treatment as a result of an accident, please give detail of the cause of the accident:

.....

.....

Please give details of the treatment given or prescribed:

.....

.....

Please give a brief history of this or any other related condition including the dates of any previous consultations or treatment:

.....

.....

Hospital's Rubber Stamp Here

Signature .....

Date .....

License No.....

Email Address.....

Telephone No.....

## ส่วนที่ 6 : กรณีเรียกร้องการล่าช้าของเที่ยวบิน หรือการพลาดต่อเที่ยวบิน (Section 6 : Flight delay / Missed connecting Fight)

วันเกิดเหตุล่าช้า (Date of delay) ..... สายการบินที่ล่าช้า (Delayed airlines) .....

เที่ยวบินที่ (Flight number) ..... หมายเลข Boarding Pass (Boarding Pass number) .....

สาเหตุที่สายการบินเกิดความล่าช้า (Reasons / causes of delay) .....

สายการบินที่ล่าช้า กำหนดการจริงออกเดินทางวันที่ (Original flight schedule Date) ..... เวลา (Time).....

เหตุล่าช้าทำให้ออกเดินทางวันที่ (New flight schedule Date) ..... เวลา (Time) .....

## ส่วนที่ 7 : กรณีเรียกร้องความสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทางและ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายในกระเป๋าเดินทาง และ/หรืออุปกรณ์การเล่นกอล์ฟ (Section 7 : Damage/Loss of baggage and/or personal belongings and/or Golf Equipment)

วันที่เกิดเหตุ (Date) ..... เวลา (Time) .....สถานที่เกิดเหตุ (Place of incident) .....

รายละเอียดเหตุการณ์ (Description of the incident) .....

สถานที่แจ้งความ ที่สถานีตำรวจ (Police station reported to) .....

บุคคลที่เป็นพยานเห็นเหตุการณ์ (Witness(es)) .....

ได้รับการชดใช้ค่าเสียหายแล้วจาก (Compensation received from) ..... เป็นจำนวนเงิน (Amount) .....

รายการสิ่งของที่อยู่ในกระเป๋าที่สูญหายพร้อมราคาสิ่งของแต่ละชิ้น (List of items inside the damaged/lost baggage and their prices by item)

.....

.....

## ส่วนที่ 8 : กรณีเรียกร้องการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Section 8 : Baggage delay)

วันที่เกิดเหตุกระเป๋าล่าช้า (Date of baggage delay) ..... สายการบิน/เที่ยวบิน ที่เกิดเหตุ (Airlines/Flights) .....

เครื่องบินถึงสนามบินวันที่ (Arrival date) ..... เวลา (Arrival Time) .....

ได้รับกระเป๋าวันที่ (Date of baggage Received) ..... เวลา (Time) .....

ระยะเวลากระเป๋าล่าช้า (Duration of the delay) .....

รายการค่าใช้จ่ายสิ่งของส่วนตัวที่จำเป็นที่ได้จัดซื้อ พร้อมราคา ในกรณีกระเป๋าล่าช้า (List of necessary expenses for personal use including their prices in case of baggage delay) .....

.....

## ส่วนที่ 9 : กรณีเรียกร้องค่าชดเชยอื่น ๆ (Section 9 : Other claims)

เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี (Other Claims for reimbursement) .....

1. วัน เวลา สถานที่เกิดเหตุ (Date, time and place of an incident) .....
2. รายละเอียดการเกิดเหตุ (Description of an incident) .....
3. ความเสียหายที่ได้รับ (Description of loss/Damage) .....
4. สถานที่แจ้งความ ที่สถานีตำรวจ (Police station reported to) .....
5. บุคคลที่เป็นพยานเห็นเหตุการณ์ (Witness(es)) .....
6. ได้รับการชดใช้ค่าเสียหายแล้วจาก (Compensation received from) ..... เป็นจำนวนเงิน (Amount) .....

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัท วิริยะประกันภัย เก็บรวบรวม (ทั้งจากข้าพเจ้าหรือแหล่งอื่น) ใช้ ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ ข้อมูลการเดินทาง ความล่าช้า หรือการยกเลิกการเดินทาง ข้อมูลความสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (Sensitive Data) เช่น ประวัติการรักษา ข้อมูลสุขภาพ วิธีการให้การรักษาหรือบันทึกทางการแพทย์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองการเดินทาง การรักษาพยาบาล หรือซ่อมแซมทรัพย์สินของข้าพเจ้า รวมถึงการชำระหรือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง การรักษาพยาบาล และหรือ การซ่อมแซมหรือชดเชยทรัพย์สินที่เสียหาย หรือสูญหาย หรือเพื่อใช้ประโยชน์ในกิจการของบริษัท ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบข้อตกลง และยินยอมว่าบริษัทมีสิทธิเก็บรวบรวม ใช้ประมวลผล และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนเป็นหนังสือทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ หรือด้วยวิธีการทางอิเล็คทรอนิกส์

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการขอเอกสารประกอบการพิจารณาเพิ่มเติมตามความเหมาะสม ตามลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การดำเนินการขอเอกสารประกอบตามข้างต้นนั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาของบริษัทฯ มิได้เป็นการยืนยันถึงความรับผิดภายใต้กรมธรรม์จนกว่าจะตรวจสอบเอกสารและหลักฐานข้อเท็จจริงต่าง ๆ จะแล้วเสร็จ หากเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วน บริษัทฯ จะแจ้งผลการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน

การชดใช้ค่าสินไหมทดแทน บริษัทฯ จะทำการชดใช้ให้แก่ผู้รับประโยชน์ ตามกรมธรรม์หรือผู้เอาประกันภัย ภายใน 15 วันนับแต่วันที่การตกลงเป็นที่ยุติและบริษัทฯ ได้รับเอกสารครบถ้วน

I hereby warrant that the above statements are true and correct and that I have not withheld from the Company any material information in connection with this claim. I further authorize the release of further medical information by the doctor should the Company require it. Any Photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

I hereby ,agree and allow Viriyah Company to use , process , and disclose my personal data including but not limited to my information associated with loss or property damage for the benefit of the Company's business operation. I acknowledge, agree, and allow Viriyah Company use, process and disclose my personal data adhering to policy of Privacy Data Protection Act 2562

I hereby , agree and accept Viriyah Insurance to inform claim consideration by register post or by electronics.

The compensation shall be paid by the Company to Insured or beneficiary within 15 days after finally agreement and company receipt of complete and proper documents.

.....

(.....)

ลายเซ็นผู้เอาประกัน/ ผู้กระทำการแทน

(Signature of Insured Person or Legal Representative)

วันที่ (Date) ...../...../.....

## เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน (Document required for claim settlement)

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาสินไหมของท่าน บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ (Below is a list of minimum documentation required to process your claim. In certain circumstance, more information may be required to substantiate to the claim.)

| ประเภทของความเสียหาย (Type of loss/accident) | เอกสารที่จำเป็น (โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) (Documents required (please tick against the documents you have submitted.)) |
|---|---|
| เอกสารประกอบทุกกรณี (Basic for all types) | ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยการเดินทาง (Travel claim form)<br>☐ บัตรขึ้นเครื่อง ตั๋วโดยสาร เป็นต้น ที่แสดงเวลาการเดินทางไปและกลับ (Boarding pass, air tickets etc. that confirm the departure and return dates)<br>☐ สำเนาหนังสือเดินทาง/วีซ่า (Copy of passport/visa)<br>☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาหน้าสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม (Copy of ID card and copy of bank for transfer the claim settlement) |
| **(รวมกับ) เอกสารเฉพาะหมวด ((Plus) as applicable below)** | |
| เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (Personal accident) | ☐ ใบรับรองแพทย์ (Medical certificate)<br>☐ สำเนาใบมรณบัตร (Copy of Death certificate)<br>☐ รายงานชันสูตรพลิกศพและสำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ (Copy of insured, beneficiary's identification card and house registration) |
| ค่ารักษาพยาบาล (Medical expenses) | ☐ ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกแจงค่ารักษาพยาบาล (Original receipts and statement)<br>☐ ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ (Original medical certificate) |
| ความล่าช้าในการเดินทาง (Travel delay) | ☐ หนังสือยืนยันจากสายการบินหรือผู้ขนส่งระบุสาเหตุและระยะเวลาการเดินทางล่าช้า (Written confirmation from airlines on carries on duration and (s) for delay) |
| การพลาดต่อเที่ยวบิน (Flight misconnection) | ☐ หนังสือยืนยันจากสายการบินระบุสาเหตุและระยะเวลาการพลาดต่อเที่ยวบิน (Written confirmation from airlines on airlines on duration and (s) for delay) |
| การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage delay) | ☐ หนังสือยืนยันจากสายการบินหรือผู้ขนส่งระบุระยะเวลาที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า (Written confirmation from airlines on carries on duration and (s) for delay) |