

บริษัท เอ ดีบีเอช พี เซอร์วิสเซส (ประเทศไทย) จำกัด
1091/335 ชั้น 7 อาคารซีดีสิงค์
ซอยเพชรบุรี 35 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย
โทร. +66 (0) 2 305 8421 แฟกซ์ +66 (0) 2 305 8523
อีเมล claim-th@allianz.com

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม

กรุณารอกข้อมูลในส่วน 1, 2, 3 และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมหลักฐาน
การเรียกร้องสินไหม แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบสำหรับผู้เอาประกันภัยหนึ่งราย
กรุณาเก็บสำเนาเอกสารทั้งหมดที่ส่งคืนมายังบริษัทฯ เพื่อเป็นหลักฐาน

เลขที่เรียกร้องสินไหม:

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ: ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อให้เอกสารการเรียกร้องสินไหมนี้สมบูรณ์ ตลอดจน
หลักฐานประกอบอื่นๆ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถให้เอกสารตามที่ระบุไว้ นั้น ทางบริษัทมีสิทธิปฏิเสธเนื่องจากเอกสารไม่ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (กรุณารอกข้อมูลทุกกรณี)

กรมธรรม์เลขที่ :

ชื่อ- นามสกุล ผู้เอาประกันภัย :

เชื้อชาติ และประเทศที่อาศัย :

อาชีพ :

วันเกิด :

ที่อยู่ (สำหรับติดต่อ) :

เบอร์โทรศัพท์ :

ที่ทำงาน :

บ้าน :

มือถือ :

รายละเอียดการเดินทาง

วันที่ทำการจอง :

วันที่ออกเดินทาง :

วันที่เดินทางกลับ :

เดินทางไปยัง (ในประเทศ หรือต่างประเทศ) :

คุณเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่ : ใช่ ไม่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมดังกล่าว (เช่น วันที่ จำนวนเงิน ประเภทของการเรียกร้องสินไหม บริษัทประกันภัยคู่สัญญา) :

กรุณาระบุประเภทของสินไหมที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์ของท่าน (กรุณาทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม)

ค่ารักษาพยาบาล

การชดเชยความรับผิดชอบแรกสำหรับค่าเช่ารถ

อุปกรณ์กอล์ฟ

สัมภาระสูญหาย / เสียหาย หรือของพกส่วนตัว

การยกเลิกหรือการตัดทอนการเดินทาง

กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

การเดินทางล่าช้า / พลาดการต่อเที่ยวบิน

สัมภาระล่าช้า

กรณีเรียกร้องค่าทดแทนอื่นๆ

กรณีการชำระเงินโดยเช็ค การโอนเงิน หรือการโอนเงินผ่านธนาคาร เงิน หรือเอกสาร (เช่น หนังสือเดินทาง) ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม

รายละเอียด (รวมถึงสถานที่เกิดเหตุ ถ้าเป็นเงิน กรณีการชำระเงิน)	เจ้าของ	ราคาที่ซื้อ (กรณีการ ชำระเงิน)	วันที่และสถานที่ ซื้อ (กรณีการ ชำระเงิน ถ้าท่านไม่ได้เป็น เจ้าของ)	วิธีการชำระเงิน (เช่น บัตร เครดิต)	จำนวนเงิน ที่เรียกร้อง สินไหม (โปรด ระบุสกุลเงิน)

C. การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากสัมภาระล่าช้า

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.C และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรณีการเรียกร้องสินไหมของคุณเดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง

วัน : เวลา : เที่ยวบิน :

สาเหตุที่สัมภาระล่าช้า :

ท่านเคยได้รับการชดเชยจากบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่นๆ หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด

D. การเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล หรือการติดก่อนการเดินทาง

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

กรณีการบาดเจ็บที่ได้รับความเจ็บหรือเจ็บป่วย :

วันที่ : ประเทศ :

กรณีการบาดเจ็บจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากการติดก่อนการเดินทาง กรุณาระบุเหตุผล :

ประเภทของการรักษาพยาบาล :

ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล / คลินิก :

ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา :

วันที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือวันที่ได้รับการรักษา :

อาการบาดเจ็บหรือป่วยไข้มันเคยเกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่ : ใช่ ไม่

กรุณาระบุรายละเอียดของประกันสุขภาพ ซึ่งท่านมี (เช่น ประกันสุขภาพส่วนบุคคล ประกันกลุ่มของบริษัท) :

กรุณาระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม)

ประเภทค่ารักษาพยาบาล (เช่น ค่าแพทย์)	ชื่อโรงพยาบาล / แพทย์	สกุลเงิน และจำนวนเงินที่ได้ชำระ
จำนวนเงินทั้งหมดที่จะเรียกร้องสินไหม		

กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และคำแนะนำจากแพทย์ทั้งหมดที่ได้รับในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

รายชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา	วันที่ได้ทำการรักษาหรือแนะนำ	ลักษณะ/ชนิด ของการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ /ชนิดของการรักษา/การใช้ยา

ปัจจุบัน คุณอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล หรือรับประทานยาหรือไม่ ? ใช่ ไม่

ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลหรือรับประทานยาในปัจจุบัน :

E. การเรียกร้องสินไหมการยกเลิกการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.E และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

1. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านตัดสินใจได้รับและให้บอกเลิกการเดินทาง :

วัน : เดือน : ปี :

2. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านแจ้งยกเลิกการเดินทางตัดสินใจได้รับและให้บอกเลิกการเดินทางแก่บริษัทที่เกี่ยวข้อง :

วัน : เดือน : ปี :

ถ้าวันที่ในข้อ 1 และข้อ 2 แตกต่างกัน กรุณาอธิบาย :

กรุณาระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ท่านยกเลิกการเดินทาง :

F. การเรียกร้องสินไหมสินไหมอื่น

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูล ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรุณาระบุรายละเอียดมากที่สุดที่จะแจ้งได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและต้องการเรียกร้องค่าสินไหม (ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษแนบเพิ่ม)

สิ่งที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมตรงกับความคุ้มครองในสไลด์ของกรมธรรม์ ?

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: yes no

If there any indication that the condition suffered was due to substance, alcohol or drug abuse: yes 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 (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

วิธีการจ่ายสินไหม

กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ทันต้องการ

ผ่านธนาคารของท่าน

ชื่อธนาคาร :

ชื่อบัญชี :

SWIFT/IBAN Code (สำหรับบัญชีต่างประเทศเท่านั้น)

โดยเช็คส่งไปยังที่อยู่ (ที่ระบุในส่วน A)

กรุณาอ่านคำรับรองข้างล่างอย่างระมัดระวังและลงชื่อพร้อมวันที่

คำรับรอง (Declaration)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมนี้ เป็นความจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าทราบว่าผู้บริหารงานหรือตัวแทนอาจจะมอบให้หรือนำข้อมูลมาจากผู้ประกันภัยรายอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่น ซึ่งรายละเอียดส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องสินไหมนี้

ลายเซ็นผู้เรียกร้องสินไหม

วันที่

Additional information

Release of medical information

I, _____ passport number _____, hereby authorise any hospital, physician or other person who has medically examined me to furnish Allianz Global Assistance (Thailand) 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 Allianz Global Assistance (Thailand) to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims.

Patient's signature:

Witness's signature:

Date of signature and location: