

แบบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และการเดินทาง

คำแนะนำในการเรียกร้อยค่าสินไหม

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนที่ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
2. กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ เนื่องจากกรณีที่มีบริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
3. เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้
 - 3.1 ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียนตามที่อยู่ด้านล่าง :
" หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท ซับป์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2/4 อาคารซับป์ ชั้น 12 โครงการนอร์ทปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 "
 - 3.2 ส่งผ่านสำนักงานสาขาของบริษัท ซับป์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ / ตัวแทน / นายหน้าประกันภัย
หมายเหตุ - บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น
- กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เอาประกันภัย		กรมธรรม์เลขที่
เลขที่ประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง	เพศ	วัน/เดือน/ปีเกิด
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้		
อาชีพ	อีเมล	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงาน	
ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัย และชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน		ท่านได้เรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โปรดระบุชื่อผู้เอาประกันภัย		ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท

กรณีเรียกร้อยค่าสินไหมภายใต้สิทธิประโยชน์บัตรเครดิตหรือบัตรเครดิตโปรดระบุธนาคารที่ออกบัตร.....(กรุณาอย่าแจ้งเลขบัตรเครดิตและบัตรเดบิต)

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

- เช็คเงินสด : กรุณาระบุที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค _____
- ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร : กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย ประเภทออมทรัพย์ (หน้าแรก)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่บริษัท หรือตัวแทนประกันชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัทหรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือ บริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีเรียกร้อยค่าสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่าบริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลหากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม กรณีนี้หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัท ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีและเสียครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ*กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์/กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :

(.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง	สาขา / ช่องทาง
โทรศัพท์	วันที่

ส่วนที่ 1: ค่ารักษาพยาบาล ขาดเขยรายได้ / ขาดเขยกระดูกแตกหัก ประกันภัยโรคมะเร็ง

วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี) / / เวลา วันที่พบแพทย์ครั้งแรก / /

บรรยายลักษณะการเกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ และ/หรือ อาการที่ปรากฏ	กรณีประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ขณะเกิดเหตุผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ขับขี่ <input type="checkbox"/> โดยสาร <input type="checkbox"/> ใช้ทางเท้า ประเภทยานพาหนะ <input type="checkbox"/> รถยนต์ <input type="checkbox"/> จักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ แจ้งความสถานีตำรวจ _____
--	--

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล	ขาดเขยรายได้/ขาดเขยกระดูกแตกหัก	ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ) จำนวน _____ ฉบับ จำนวนเงินรวม _____ บาท	<input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์	<input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์
<input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบรับรองแพทย์	<input type="checkbox"/> สำเนาใบแจ้งหนี้ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> รายงานผลชิ้นเนื้อ
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> फिल्मเอกซเรย์ และการแปลผลโดยแพทย์ (เฉพาะกรณีขาดเขยกระดูกแตกหัก)	<input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา
<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)		
<input type="checkbox"/> เอกสารยืนยันการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง)		

ส่วนที่ 2: การเสียชีวิต พุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ

วันที่เกิดเหตุ (วัน / เดือน / ปี) / / เวลา สถานที่เกิดเหตุ

กรุณาระบายสาเหตุ และลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

การเสียชีวิต	พุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา
<input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญเสียอวัยวะ
<input type="checkbox"/> สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย (กรณีจ่ายผู้รับประโยชน์กลุ่มแบบ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์)
<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	
<input type="checkbox"/> สำเนาบันทกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	

ส่วนที่ 3: การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง ความล่าช้าในการเดินทาง อื่นๆ _____

วันที่เกิดเหตุ (วัน / เดือน / ปี) / / เวลา สถานที่เกิดเหตุ (เมือง / ประเทศ) /

กรุณาระบายสาเหตุ และลักษณะการเกิดเหตุ (กรณีกระเป๋าเดินทางล่าช้า โปรดระบุวันเวลาที่ได้รับกระเป๋า)

กำหนดการเดินทางเดิม

วัน / เดือน / ปี _____ / _____ / _____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

กำหนดการเดินทางใหม่

วัน / เดือน / ปี _____ / _____ / _____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

รายละเอียดของรายการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าในการเดินทาง หรือการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

รายการสูญหาย / เสียหาย / ค่าใช้จ่าย	วัน / เดือน / ปี ที่ซื้อ	ราคาที่ซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการล่าช้าของการเดินทาง การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง การบอกลูกหรือลดจำนวนวันเดินทาง โดยระบุเหตุผล และระยะเวลา)
- เอกสารแสดงการชดใช้ของผู้ขนส่งหรือเจ้าของสถานพำนัก
- เอกสารรายงานความเสียหาย หรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง
- ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
- เอกสารแสดงการสำรองการเดินทาง และเอกสารแสดงการเดินทางจริง