



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย

1. ประเภทบัตร _____ หมายเลขบัตร _____
2. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย _____
3. ที่อยู่ _____
โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail : _____
4. วันเดือนปีเกิด _____ อาชีพ _____
5. โปรดระบุกรมธรรม์อื่นๆ ที่ท่านมีอยู่ _____
6. ระยะเวลาการเดินทาง เริ่มการเดินทางวันที่ _____ สิ้นสุดวันที่ _____ รวม _____ วัน

รายละเอียดของอุบัติเหตุ

7. สถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ _____
8. วัน เดือน ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลา _____
9. รายละเอียดของอุบัติเหตุรวมทั้งสาเหตุ _____

10. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ ของพยาน _____
11. ในกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์โปรดให้รายละเอียดของรถ: ยี่ห้อ _____
หมายเลขทะเบียน _____
12. กรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์ ท่านได้แจ้งเรื่องต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่ แจ้ง ไม่แจ้ง
13. อุบัติเหตุเกิดที่ทำงานหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
14. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____



ส่วนที่ 2

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ โดยผู้บาดเจ็บ (หรือผู้ปกครอง ถ้าผู้บาดเจ็บเป็นผู้เยาว์) ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท คุมภัยโตเกียวมารีน (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ได้รับข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าจากแพทย์ ผู้ทำการตรวจรักษาในเรื่องใดก็ตามที่มีผลต่อสุขภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่า การถ่ายเอกสาร หรือการโทรสารของเอกสารยินยอมฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตามกฎหมายเช่นเดียวกันกับต้นฉบับ

ลงลายมือชื่อ _____ วันที่ _____

ส่วนที่ 3 ใบรับรองแพทย์

กรอกโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว _____

ได้รับการตรวจ/รักษาพยาบาล _____

จากวันที่ _____ ถึงวันที่ _____

1. โปรดระบุอาการบาดเจ็บ _____

2. ท่านคิดว่าอาการบาดเจ็บครั้งนี้เป็นผลมาจากอุบัติเหตุเพียงอย่างเดียว หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ถ้าไม่ใช่กรุณาให้รายละเอียด _____

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา _____ ตำแหน่ง _____

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

วันที่ _____



แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์

การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย

- ประเภทบัตร _____ หมายเลขบัตร _____
- ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย _____
- อาชีพ _____ อายุ _____ ปี
- ที่อยู่ _____
- โทรศัพท์ (มือถือ / ที่ทำงาน / ที่บ้าน) _____
E-mail : _____
- ท่านเดินทางไปยังเมือง _____ ประเทศ _____
- วัน / เดือน / ปี ที่ท่านจองการเดินทาง _____
- วันที่ท่านแจ้งว่าจำเป็นต้องเลื่อน หรือบอกเลิกการเดินทาง _____
บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์นี้ จำนวน _____ คน
- ก. วันที่ท่านตัดสินใจ หรือได้รับการแจ้งให้เลื่อน หรือบอกเลิกการเดินทาง
วัน _____ เดือน _____ ปี _____
ข. วันที่ท่านแจ้งเลื่อน หรือบอกเลิกการเดินทาง
วัน _____ เดือน _____ ปี _____
ท่านเลื่อน หรือบอกเลิกการเดินทางโดย โทรศัพท์ จดหมาย
ค. ถ้าวันที่ในข้อ ก) ต่างกับข้อ ข) โปรดให้เหตุผล _____

10. โปรดอธิบายถึงสาเหตุโดยละเอียดของการเลื่อน หรือบอกเลิกการเดินทาง ถ้าสาเหตุไม่ได้เกิดจากการ บาดเจ็บ การเจ็บป่วย โปรดแนบหลักฐานเพื่ออ้างอิงในการเรียกร้อง



11. โปรดกรอกรายชื่อผู้บอกเลือน หรือบอกเลิกการเดินทาง ซึ่งคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์นี้ พร้อมทั้งระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งชื่อของบุคคลที่ทำให้เกิดการบอกเลิกการเดินทางครั้งนี้ ถ้าบุคคลนั้นเดินทางไปกับท่านด้วย

ชื่อ	ความสัมพันธ์	อายุ
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

12. ผู้ป่วยเป็นหนึ่งในผู้ร่วมเดินทางหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

13. ท่านมีประกันสุขภาพอื่นหรือไม่? มี ไม่มี

หากมีบริษัทประกันชื่อ _____

กรมธรรม์เลขที่ _____

14. ท่านจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางด้วยบัตรเครดิต กรุณาให้รายละเอียดต่อไปนี้

ชื่อบัตร _____ หมายเลขบัตร _____

ชื่อผู้ถือบัตร _____

ชื่อผู้ออกบัตร(กรณีต่างจากชื่อบัตร) _____

15. รายละเอียดของจำนวนเงินที่เรียกร้อง

15.1. กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้จัดการเดินทางเอง

ค่าตัวเครื่องบิน _____ วันที่ชำระเงิน _____

จำนวนเงินที่ได้คืน _____ วันที่ได้รับเงิน _____

ค่าที่พัก _____ วันที่ชำระเงิน _____

จำนวนเงินที่ได้คืน _____

ยอดเงินที่เรียกร้อง _____

15.2. กรณีบริษัททัวร์เป็นผู้จัดการเดินทาง

จำนวนเงินมัดจำ _____ วันที่จ่าย _____

จำนวนเงินที่เหลือ _____ วันที่จ่าย _____

รวม _____ วันที่จ่าย _____

หักด้วย

จำนวนเงินที่ได้คืน _____

ยอดเงินที่เรียกร้อง _____



คำเตือน การประกันภัยซัดหลักสุจริตระหว่างผู้เอาประกันภัย และผู้รับประกันภัย บริษัทฯจะไม่พิจารณาชดเชยผลประโยชน์ใดๆ สำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมโดยทุจริต หรือฉ้อฉล และอาจยื่นหนังสือต่อเจ้าพนักงานเพื่อสอบสวนความผิดทางอาญา กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดผลบังคับ และบริษัทฯ จะดำเนินการทางกฎหมายต่อไป

คำแถลง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้ากรอกในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้เป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าไม่ได้ปิดบังข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิอันชอบธรรมขอข้าพเจ้าให้แก่ผู้รับประกันภัยในอันที่จะเรียกร้องต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆที่ทำให้ทรัพย์สินของข้าพเจ้าเสียหาย และกระทำทุกวิถีทางในการรักษาสินทรัพย์นั้น

ลงลายมือชื่อ

วันที่



ใบรับรองแพทย์

กรอกโดยแพทย์ผู้รักษา

เรียน นายแพทย์ / แพทย์หญิง

- เพื่อหลีกเลี่ยงการล่าช้า และเอกสารที่ไม่จำเป็น กรุณากรอกใบรับรองแพทย์นี้ด้วยอักษรตัวบรรจง
- กรุณาตอบทุกคำถาม
- ค่าใช้จ่ายในการนี้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อของผู้ป่วย _____
2. อายุ และ วัน / เดือน / ปี เกิด _____
3. ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (ถ้าทราบ) _____
4. วันที่ผู้ป่วยมาพบท่านเป็นครั้งแรกเกี่ยวกับโรคนี้นี้ _____
วัน และเวลาที่ท่านให้การตรวจรักษา _____
5. ก. โปรดระบุรายละเอียดการวินิจฉัยโรค หรือสาเหตุของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย ซึ่งทำให้ต้องเลื่อน
หรือบอกละเลินการเดินทาง _____
ข. รายละเอียดประวัติการรักษาซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการข้างต้นนี้ _____

- ค. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาหรือให้ยา หรือไม่? _____
ถ้าใช่ กรุณากรอกรายละเอียด _____

- ง. ผู้ป่วยเคยมีชื่ออยู่ในรายชื่อผู้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของการเลื่อน หรือบอกละเลิน
การเดินทางหรือไม่? _____
6. ถ้าการเดินทาง หรือบอกละเลินการเดินทางมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ โปรดอธิบายอาการ

7. ท่านทราบกำหนดการเดินทางหรือไม่ เมื่อให้การตรวจครั้งแรก _____
8. ท่านคิดว่าผู้เอาประกันภัยสามารถเดินทางตามวันที่ที่กำหนดไว้ได้หรือไม่? _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้แนะนำให้ผู้เอาประกันภัยเลื่อน
หรือบอกละเลินการเดินทาง เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวมาแล้ว
เท่านั้น

ลายมือชื่อ _____

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

ชื่อและที่อยู่ของสถานที่ประกอบการ

(ประทับตรา)



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการจี้เครื่องบิน

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย

1. ประเภทบัตร _____ หมายเลขบัตร _____
2. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย _____
3. อาชีพ _____ อายุ _____ ปี
4. ที่อยู่ _____
5. โทรศัพท์ (มือถือ / ที่ทำงาน / ที่บ้าน) _____ E-mail : _____
6. ท่านเดินทางไปยังเมือง _____ ประเทศ _____
7. วัน / เดือน / ปี ที่ท่านจองการเดินทาง _____
8. วันที่ท่านแจ้งว่าจำเป็นต้องลดจำนวนวันเดินทาง _____
บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์นี้ จำนวน _____ คน
9. ก. วันที่ท่านตัดสินใจ หรือได้รับการแจ้งให้ลดจำนวนวันเดินทาง
วัน _____ เดือน _____ ปี _____
ข. วันที่ท่านแจ้งลดจำนวนวันเดินทาง
วัน _____ เดือน _____ ปี _____
ท่านแจ้งลดจำนวนวันเดินทางโดย โทรศัพท์ จดหมาย
ค. ถ้าวันที่ในข้อ ก) ต่างกับข้อ ข) โปรดให้เหตุผล _____

10. โปรดอธิบายถึงสาเหตุโดยละเอียดของการลดจำนวนวันเดินทาง ถ้าสาเหตุไม่ได้เกิดจากการ บาดเจ็บ การเจ็บป่วย โปรดแนบหลักฐานเพื่ออ้างอิงในการเรียกร้อง



11. โปรดกรอกรายชื่อผู้ลัดจำนวนวันเดินทาง ซึ่งคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์นี้ พร้อมทั้งระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งชื่อของบุคคลที่ทำให้เกิดการบอกเลิกการเดินทางครั้งนี้ ถ้าบุคคลนั้นเดินทางไปกับท่านด้วย

ชื่อ	ความสัมพันธ์	อายุ
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

12. ผู้ป่วยเป็นหนึ่งในผู้ร่วมเดินทางหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

13. ท่านมีประกันสุขภาพอื่น หรือไม่? มี ไม่มี

หากมีบริษัทประกันชื่อ _____

กรมธรรม์เลขที่ _____

14. ท่านจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางด้วยบัตรเครดิต กรุณาให้รายละเอียดต่อไปนี้

ชื่อบัตร _____ หมายเลขบัตร _____

ชื่อผู้ถือบัตร _____

ชื่อผู้ออกบัตร(กรณีต่างจากชื่อบัตร) _____

15. รายละเอียดของจำนวนเงินที่เรียกร้อง

15.1. กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้จัดการเดินทางเอง

ค่าตัวเครื่องบิน _____ วันที่ชำระเงิน _____

จำนวนเงินที่ได้คืน _____ วันที่ได้รับเงิน _____

ค่าที่พัก _____ วันที่ชำระเงิน _____

จำนวนเงินที่ได้คืน _____

ยอดเงินที่เรียกร้อง _____

15.2. กรณีบริษัททัวร์เป็นผู้จัดการเดินทาง

จำนวนเงินมัดจำ _____ วันที่จ่าย _____

จำนวนเงินที่เหลือ _____ วันที่จ่าย _____

รวม _____ วันที่จ่าย _____

หักด้วย

จำนวนเงินที่ได้คืน _____

ยอดเงินที่เรียกร้อง _____



16. หากท่านเป็นสมาชิกประกันภัยสุขภาพ / ประกันภัยบริษัทอื่น กรุณาให้รายละเอียดดังนี้

ชื่อบริษัท / ที่อยู่

หมายเลขสมาชิก / หมายเลขกรมธรรม์

คำเตือน

การประกันภัยชีวิตหลักสุจริตระหว่างผู้เอาประกันภัย และผู้รับประกันภัย บริษัทฯ จะไม่พิจารณาขอผลประโยชน์ใดๆ สำหรับการเรียกร้องค่าสินไหม โดยทุจริต หรือฉ้อฉล และอาจยื่นหนังสือต่อเจ้าพนักงานเพื่อสอบสวนความผิดทางอาญา กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นผลบังคับ และบริษัทฯ จะดำเนินการทางกฎหมายต่อไป

คำแถลง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้ากรอกในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้เป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าไม่ได้ปิดบังข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิอันชอบธรรมขอข้าพเจ้าให้แก่ผู้รับประกันภัยในอันที่จะเรียกร้องต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆ ที่ทำให้ทรัพย์สินของข้าพเจ้าเสียหาย และกระทำทุกวิถีทางในการรักษาสีที่นั้น

ลายมือชื่อ

วันที่



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ผลประโยชน์ความล่าช้าในการเดินทาง

โปรดเขียนตัวบรรจง

1. ประเภทบัตร _____ หมายเลขบัตร _____
2. ชื่อ และนามสกุล ของผู้เรียกร้อง _____
3. ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง _____
4. โทรศัพท์ (มือถือ / ที่ทำงาน / ที่บ้าน) _____ E-mail : _____
5. อาชีพ _____ อายุ _____ ปี
6. ท่านเดินทางไปยังเมือง _____ ประเทศ _____
7. วัน / เดือน / ปี ที่ออกกรมธรรม์ _____
หมายเลขกรมธรรม์ _____
8. ท่านออกเดินทางวันที่ _____ กลับวันที่ _____
รวม _____ วัน
9. จำนวนบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์นี้ _____ คน
10. บริษัททัวร์ที่ท่านจองการเดินทาง _____
11. วัน / เดือน / ปี ที่ท่านจองการเดินทาง _____
12. วันแรกที่ท่านทราบถึงเหตุแห่งการล่าช้าของเที่ยวบิน _____
13. วัน เวลา และสถานที่ที่ท่านกำหนดออกเดินทาง _____
14. หมายเลขเที่ยวบินตามกำหนดการเดินทาง _____

(โปรดอย่าลืม! แนบใบจองตั๋วเครื่องบิน และเอกสารยืนยันจากสายบิน)

15. วัน เวลา และสถานที่ ที่ท่านออกเดินทางจริง _____
16. หมายเลขเที่ยวบินที่ท่านออกเดินทางจริง _____
17. รวมจำนวนชั่วโมง / นาทีที่ล่าช้า _____
18. สาเหตุของการล่าช้าของเที่ยวบิน _____



19. กรุณากรอกรายชื่อผู้เรียกร้อง และจำนวนเงินที่เรียกร้อง

ชื่อ _____	จำนวนเงิน _____
ชื่อ _____	จำนวนเงิน _____
ชื่อ _____	จำนวนเงิน _____
ชื่อ _____	จำนวนเงิน _____
ชื่อ _____	จำนวนเงิน _____
ชื่อ _____	จำนวนเงิน _____

คำอธิบายเพิ่มเติม

คำเตือน การประกันภัยซัดหลักสุจริตระหว่างผู้เอาประกันภัย และผู้รับประกันภัย บริษัทฯจะไม่พิจารณาชดเชยผลประโยชน์ใดๆสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมโดยทุจริต หรือฉ้อฉล และอาจยื่นหนังสือต่อเจ้าพนักงานเพื่อสอบสวนความผิดทางอาญา กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดผลบังคับ และบริษัทฯ จะดำเนินการทางกฎหมายต่อไป

คำแถลง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้ากรอกในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้เป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าไม่ได้ปิดบังข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิอันชอบธรรมของข้าพเจ้าให้แก่ผู้รับประกันภัยในอันที่จะเรียกร้องต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆที่ทำให้ทรัพย์สินของข้าพเจ้าเสียหาย และกระทำทุกวิถีทางในการรักษาสินทรัพย์นั้น

ลงลายมือชื่อ

วันที่



แบบฟอร์มการเรียกค่าสินไหมทดแทน ผลประโยชน์การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

โปรดเขียนตัวบรรจง _____

- ประเภทบัตร _____ หมายเลขบัตร _____
- ชื่อ และนามสกุล ของผู้เรียกร้อง _____
- ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง _____

- โทรศัพท์ (บ้าน) _____ มือถือ _____
E-mail: _____
- อาชีพ _____ อายุ _____ ปี
- ท่านเดินทางไปยังเมือง _____ ประเทศ _____
- วัตถุประสงค์ในการเดินทาง _____
- วัน / เดือน / ปี ที่ออกกรมธรรม์ _____
หมายเลขกรมธรรม์ _____
- ท่านออกเดินทางวันที่ _____ กลับวันที่ _____ รวม _____ วัน
- จำนวนบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์นี้ _____ คน
- บริษัททัวร์ที่ท่านจองการเดินทาง _____
- วัน / เดือน / ปี ที่ท่านจองการเดินทาง _____
- วันแรกที่ท่านทราบถึงเหตุแห่งการล่าช้า _____
- วัน เวลา และสถานที่ที่ท่านกำหนดจะรับกระเป๋าเดินทาง _____

- วัน เวลา และสถานที่ที่กระเป๋าเดินทางมาถึงจริง _____

- รวมจำนวนชั่วโมง / นาที ที่กระเป๋าล่าช้า _____



สำหรับค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องใช้จำเป็นระหว่างรอกระเป๋าเดินทาง

รายการเครื่องใช้จำเป็น	วัน/เวลาที่ซื้อ	จำนวนเงิน/สกุลเงิน	จำนวนเงินที่เรียกร้อง

***กรุณาแนบใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ

คำอธิบายเพิ่มเติม

คำเตือน

การประกันภัยซิดหลักสุจริตระหว่างผู้เอาประกันภัย และผู้รับประกันภัย บริษัทฯจะไม่พิจารณาชดเชยผลประโยชน์ใดๆสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมโดยทุจริต หรือฉ้อฉล และอาจยื่นหนังสือต่อเจ้าพนักงานเพื่อสอบสวนความผิดทางอาญา กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นผลบังคับ และบริษัทฯ จะดำเนินการทางกฎหมายต่อไป

คำแถลง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้ากรอกในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้เป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าไม่ได้ปกปิดข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิอันชอบธรรมขอข้าพเจ้าให้แก่ผู้รับประกันภัยในอันที่จะเรียกร้องต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆที่ทำให้ทรัพย์สินของข้าพเจ้าเสียหาย และกระทำทุกวิถีทางในการรักษาสีทึ้นนี้

ลงลายมือชื่อ

วันที่



แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน

ผลประโยชน์ความสูญเสียหรือความเสียหายต่อกระเป๋าเดินทาง หรือทรัพย์สินส่วนตัว

โปรดเขียนตัวบรรจง

- ประเภทบัตร _____ หมายเลขบัตร _____
- ชื่อ และนามสกุล ของผู้เรียกร้อง _____
- ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง _____
- โทรศัพท์ (บ้าน) _____ มือถือ _____
E-mail: _____
- อาชีพ _____ อายุ _____ ปี
- ท่านเดินทางไปยังเมือง _____ ประเทศ _____
- วัน / เดือน / ปี ที่ออกกรมธรรม์ _____
- หมายเลขกรมธรรม์ _____
- จำนวนบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์นี้ _____ คน
- วัน / เดือน / ปี ที่จองการเดินทาง _____
- การสูญเสียเสียหาย ถูกขโมย เกิดขึ้นอย่างไร (โปรดอธิบายโดยละเอียด)
วัน _____ เวลา _____ สถานที่ _____

- ท่านได้แจ้งความกับสถานีตำรวจ _____ (โปรดแนบใบแจ้งความ)
ถ้าไม่ได้แจ้งความ กรุณาบอกเหตุผล _____

- ท่านได้รับการชดใช้จากเจ้าของที่พัก หรือ โรงแรม สายการบิน หรือจากแห่งอื่นๆ หรือไม่ ?
 ได้รับ ไม่ได้รับ
จาก _____
จำนวนเงิน _____
- ท่านถือกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางฉบับอื่น หรือไม่? _____
ถ้ามีโปรดให้รายละเอียด _____



รายละเอียดของกระเป๋าเดินทางและทรัพย์สินส่วนตัว

ชื่อผู้ผลิต,แบบ	เจ้าของทรัพย์สิน	วันที่ซื้อ	ชื่อจากร้าน	ราคาซื้อ	จ่ายโดย เงินสด/ เช็ค/บัตร เครดิต	จำนวนเงิน ที่เรียกร้อง

การสูญเสีย / เสียหาย เกิดขึ้นได้อย่างไร กรุณาให้รายละเอียด

คำเตือน การประกันภัยซัดหลักสุจริตระหว่างผู้เอาประกันภัย และผู้รับประกันภัย บริษัทฯจะไม่พิจารณาชดเชยผลประโยชน์ใดๆสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมโดยทุจริต หรือนี้อาจยื่นหนังสือต่อเจ้าพนักงานเพื่อสอบสวนความผิดทางอาญา กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นผลบังคับ และบริษัทฯ จะดำเนินการทางกฎหมายต่อไป

คำแถลง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้ากรอกในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้เป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าไม่ได้ปิดบังข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิอันชอบธรรมของข้าพเจ้าให้แก่ผู้รับประกันภัยในอันที่จะเรียกร้องต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆที่ทำให้ทรัพย์สินของข้าพเจ้าเสียหาย และกระทำการทุกวิถีทางในการรักษาสิทธินั้น

ลงลายมือชื่อ

วันที่
