บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200
โทร : 0 2080 1599 สายด่วน 1291 โทรสาร : 0 2280 0399
www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY
99, 97 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang
Borwornives, Phranakorn, Bangkok 10200
Tel : 0 2080 1599 Hotline: 1291 Fax : 0 2280 0399
www.deves.co.th

F-NC-035

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย
Insured's Information

กรมธรรม์ประกันภัยเทเวศ พริวิเลส ทราเวล
Deves Privilege Travel Insurance (Credit Card)

รายละเอียดผู้เอาประกันภัยและการเดินทาง INSURED AND TRAVEL DETAILS

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured's Name) .....

หนังสือเดินทางเลขที่ (Passport No.) .....บัตรประชาชนเลขที่ (ID No.) .....

กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.) .....

อาชีพ (Occupation) .....สถานที่ทำงาน (Office) .....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน (Address Office) .....

.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (Address) .....

.....

โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone)..... (โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูลผ่านระบบ SMS)

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

วันที่กลับมายังประเทศไทย (Date of return to Thailand) .....

เดินทางไปยังประเทศ (Overseas Destination (s)).....

ท่านเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่ ☐ เคย (Yes) ☐ ไม่เคย (No)
(Have You made any previous claims in respect of travel insurance?)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัทประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Insurance Company or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital and medical records that are related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ยินยอม/Insured/Authorized person
( )
วันที่/date.....เดือน/month.....พ.ศ./year.....

ลงนาม.....พยาน/Witness
( )
วันที่/date.....เดือน/month.....พ.ศ./year.....

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200
โทร : 0 2080 1599 สายด่วน 1291 โทรสาร : 0 2280 0399
www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY
99, 97 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang
Borwornives. Phranakorn, Bangkok 10200
Tel : 0 2080 1599 Hotline: 1291 Fax : 0 2280 0399
www.deves.co.th

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

กรุณาระบุประเภทของสินไหมที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้

Please indicate which benefits you are claiming for under your policy

ส่วน A *(SECTION A)*	☐ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Loss of life due to accident	☐ สูญเสียอวัยวะ สายตา จากอุบัติเหตุ Dismemberment due to accident	☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ Permanent disability due to accident
	☐ ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses		
ส่วน B *(SECTION B)*	☐ การเดินทางล่าช้า Flight Delay	☐ ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง Baggage Delay	☐ การสูญหาย/เสียหายของกระเป๋าเดินทางและ/หรือทรัพย์สินส่วนตัว Loss of or damage to Baggage and/or personal effects
	☐ ค่าซ่อมแซมหรือเปลี่ยนทรัพย์สินหรือเงินชดเชยค่าเสียหายสำหรับการซื้อสินค้าและชำระด้วยบัตรเครดิต Cost of repairs or replacement of property damaged		

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200
โทร : 0 2080 1599 สายด่วน 1291 โทรสาร : 0 2280 0399
www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY
99, 97 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang
Borwornives, Phranakorn, Bangkok 10200
Tel : 0 2080 1599 Hotline: 1291 Fax : 0 2280 0399
www.deves.co.th

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากสาเหตุ ส่วน A

Claim Details of Section A

การเรียกร้องค่าทดแทนนี้ เป็นผลมาจากอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย Have you suffer from Accident or illness?

☐ **อุบัติเหตุ Accident** ☐ **เจ็บป่วย Illness**

วันเกิดเหตุ Loss occurred date

ประเทศและสถานที่เกิดเหตุ Country and Place of Incident

ประเทศ Country

สถานที่ Place

ระบุสาเหตุและรายละเอียดของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วยการดังกล่าว

Please provide the cause and details of the injury or illness

วันที่เข้าทำการรักษา Date of admission to hospital

จำนวนวันที่เข้าทำการรักษา Length of stay (days)

กรุณาระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง

Please provide the details of all medical expenses or other expenses which you wish to be reimbursed

หมวดความคุ้มครองที่ท่านต้องการเรียกร้อง Coverage which you are claiming	รายการที่เรียกร้อง Nature of Expenses	ชื่อโรงพยาบาล และ แพทย์ Name of Hospital and Doctor	จำนวนเงิน Amount
		รวม Total	

อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนี้เคยเกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่ ☐

Has the injury or illness occurred before?

☐ เคย Yes ☐ ไม่เคย No

ปัจจุบันอยู่ระหว่างรักษาหรือรับประทานยาหรือไม่

Are you currently on medical treatment / medication?

☐ เคย Yes ☐ ไม่เคย No

กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยดังกล่าวที่ท่านได้รับในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา

Please provide the details of your previous treatment for similar illness you wish received form a doctor in the last 3 years

ชื่อโรงพยาบาล และ แพทย์ Name of Hospital and Doctor	วันที่รับการรักษาหรือแนะนำ Date of treatment or Advice	ลักษณะของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย Nature of injury or illness	ลักษณะการรักษา / การให้ยา Nature of treatment / Medication

หากท่านสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

Has If you are able to obtain medical expenses reimbursement from any other source, please provide details.

หน่วยงาน / บริษัท: Source	จำนวนเงิน : Amount

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้

IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS THE CLAIM (Section A)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน โดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ The Insured / Beneficiary must provide the following evidences to the company by their own expense

กรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากเสียชีวิต

In the event of death claim

☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Notification of Death Claim Form

☐ สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง
Passport of the covered person(s) or evidence of traveling

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของบุคคลผู้เอาประกันภัย
Identification Card and Census Registration (“Died” stamped) of the covered person(s) (copy)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
Identification Card and Census Registration of the beneficiary (copy)

☐ สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ
Police Report (copy)

☐ ใบมรณบัตร
Death Certificate

☐ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ
Post Mortem Examination (copy)

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือการสูญเสียอวัยวะ สายตา

Permanent disability or dismemberment or blindness due to Accident Claim

☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Claim Form

☐ สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง
Passport of the covered person(s) or evidence of traveling

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลผู้เอาประกันภัย
Identification Card and Census Registration of the covered person(s) (copy)

☐ ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ
Physician Report stated the permanent disability or dismemberment

☐ สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ
Police Report (copy)

☐ รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
Picture of dismemberment or blindness

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

Medical Treatment claim

☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Claim Form

☐ สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง
Passport of the covered person(s) or evidence of traveling

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลผู้เอาประกันภัย
Identification Card and Census Registration of the covered person(s) (copy)

☐ ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลวินิจฉัย และการรักษา
Physician report stating the symptoms, diagnosis and treatment report

☐ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้างบกับใบเสร็จรับเงิน
Original receipt stating the lists of expenses or cover page with the receipt

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200
โทร : 0 2080 1599 สายด่วน 1291 โทรสาร : 0 2280 0399
www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY
99, 97 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang
Borwornives. Phranakorn, Bangkok 10200
Tel : 0 2080 1599 Hotline: 1291 Fax : 0 2280 0399
www.deves.co.th

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากสาเหตุ ส่วน B

Claim Details of Section B

วันเกิดเหตุ Loss occurred date

เวลา time

ประเทศ และสถานที่เกิดเหตุ Country and Place of Incident

ประเทศ Country

สถานที่ Place

ระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด

Please state in full exactly what has happened

ท่านได้ดำเนินการแจ้งความต่อตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่

Was this incident reported to the police or other responsible authority? ☐ ใช่ Yes ☐ ไม่ใช่ No

ถ้าใช่ กรุณาระบุสถานีตำรวจ หรือหน่วยงาน

If yes, please indicate the police or other authority

ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน :

Name and Address of authority:

ถ้าไม่ใช่ กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้แจ้งความ

If no, please provide the reason why this was not reported

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200
โทร : 0 2080 1599 สายด่วน 1291 โทรสาร : 0 2280 0399
www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY
99, 97 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang
Borwornives, Phranakorn, Bangkok 10200
Tel : 0 2080 1599 Hotline: 1291 Fax : 0 2280 0399
www.deves.co.th

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากการล่าช้าของเที่ยวบิน (Flight Delay)

วันที่เกิดเหตุล่าช้า
Date of Delay

สายการบินที่ล่าช้า
Delayed airlines

เที่ยวบินที่
Flight No.

หมายเลข Boarding Pass
Boarding Pass No.

กรุณาระบุสาเหตุที่สายการบินเกิดความล่าช้า
Please describe the reasons / causes of delay

สายการบินที่ล่าช้า กำหนดการจริงออกเดินทาง
Original flight schedule

วันที่
date

เวลา
Time

เหตุล่าช้าทำให้ออกเดินทาง
New flight schedule

วันที่
date

เวลา
Time

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage Delay Claim Details) หรือ การสูญหาย/เสียหายขของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว (Loss of or damage to Baggage and/or personal effects)

วัน/เวลาที่เดินทางถึงจุดหมาย
Date/Time you arrived at your destination

วันที่เกิดเหตุ
Date of baggage delay or loss or damage

สายการบิน และ เที่ยวบินที่เกิดเหตุ
Airlines and Flights no.

กรุณายืนยันวัน/เวลาที่แน่นอนที่ท่านได้รับกระเป๋าคืน
Please confirm the actual date and time your Luggage was recovered

กรุณายืนยันระยะเวลาที่กระเป๋าล่าช้า หรือ เสียหาย/สูญหาย
Please confirm the actual number of hours and minutes your Luggage delay or loss or damage

กรุณาระบุเหตุผลที่ล่าช้า หรือ เสียหาย/สูญหาย
What was the reason given for the cause of the Luggage delay or loss or damage

รายการค่าใช้จ่ายสิ่งของที่จำเป็นที่ได้จัดซื้อ พร้อมราคา ในกรณีกระเป๋าล่าช้า หรือ เสียหาย/สูญหาย
List of necessary expenses for personal use including their prices in case of baggage delay or loss or damage

รายละเอียด Description	เจ้าของ Owner of Item	ราคา Price	วัน / สถานที่ซื้อ Date / Place of Purchase	จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหม Amount Claimed
			รวม Total	

ท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่นหรือไม่ ☐ มี Yes ☐ ไม่มี No

Have you are received any payment from other source?

หากท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

Has If you are able to obtain any payment from other source, please provide details.

หน่วยงาน / บริษัท : Source	จำนวนเงิน : Amount

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมค่าซ่อมแซมหรือเปลี่ยนทรัพย์สินหรือ เงินชดเชยค่าเสียหายสำหรับการซื้อสินค้าและชำระด้วยบัตรเครดิต

(Cost of repairs or replacement of property damaged)

วัน เวลา ที่เกิดเหตุ

Date, Time of Loss occurred

สถานที่เกิดเหตุ

Place of Incident

กรุณาระบุรายละเอียดการเกิดเหตุ

Description of incident

กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการสูญหาย/เสียหายทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง

Please provide the details of all lost or damage which you wish to be reimbursed

รายละเอียด Description	เจ้าของ Owner of Item	ราคา Price	วัน / สถานที่ซื้อ Date / Place of Purchase	จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหม Amount Claimed
			รวม Total	

ท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่นหรือไม่ ☐ มี Yes ☐ ไม่มี No

Have you are received any payment from other source?

หากท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

Has If you are able to obtain any payment from other source, please provide details.

หน่วยงาน / บริษัท : Source	จำนวนเงิน : Amount

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้

IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS THE CLAIM (Section B)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน โดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์

The Insured / Beneficiary must provide the following evidences to the company by their own expense

กรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากการสูญหาย การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สิน และกรณีอื่นๆ

Property Loss or Damage and Other Claim

☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

Completed Claim Form

☐ สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง

Passport of the covered person(s) or evidence of traveling (copy)

☐ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย

Original receipt stating the lists of expenses

☐ สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ

Police Report (copy)

☐ เอกสารยืนยันความเสียหายต่างๆ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง

Confirming documents from any party concerned

☐ รูปถ่ายของทรัพย์สินที่เสียหาย

Photograph of damage

☐ เอกสารแสดงราคาค่าเสียหายอื่นๆ (ถ้ามี)

Other quotation, invoice or receipt (if any)

☐ เอกสารเรียกร้องค่าเสียหายจากบุคคลภายนอก (ถ้ามี)

Claims notification from third party (if any)

☐ เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องการสูญหาย สูญเสีย หรือเสียหายในครั้งนั้นๆ (ถ้ามี)

Any other documents (if any)