

**\*\* กรุณากรอกเบอร์โทรศัพท์ทุกครั้งเพื่อการประสานงานที่รวดเร็วจากเจ้าหน้าที่\*\***

## แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทาง (Travel Insurance Claim Form)

กรุณากรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน ในส่วนที่ 1 ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงลายมือชื่อผู้เรียกร้องสินไหม: Please complete Section 1 in full, and sign the Claim Form. แบบฟอร์มการเรียกร้องที่ไมครบถ้วนสมบูรณ์ จะไม่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนได้: Please note that incomplete Claim Form cannot be processed for settlement of claim payments.

ส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องที่สมบูรณ์พร้อมเอกสารต้นฉบับที่เกี่ยวข้องทั้งหมดไปที่ บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน): Please send the completed Claim Form with all original copies of supporting documents to MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited.

<b>ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี</b>			
<b>Section 1 Customer and travel details (To be fully completed by the Claimant)</b>			
ชื่อ-สกุลของผู้เรียกร้อง	อายุ	ปี	วันเดือนปีเกิด
Full name of Claimant	Age	(years)	Date of Birth
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง			
ID No. / Passport No.			
ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง			
Full address of Claimant			
โทรศัพท์มือถือ		โทรศัพท์	
Mobile No.		Telephone No.	
อีเมล			
Email Add.			
หมายเลขกรมธรรม์		เลขที่หนังสือรับรองการประกันภัย (ถ้ามี)	
Policy No.		Insurance Certificate No. (if any)	
วันหมดอายุกรมธรรม์			
Policy Expiry Date			
อาชีพ		เชื้อชาติ	
Occupation		Race	
วันที่สำรองการเดินทาง		เที่ยวบินที่	
Date travel arrangements were booked		Flight No.	
เดินทางไปยังประเทศ			
Overseas Destination			
วันออกเดินทางจากประเทศไทย		เวลาที่	
Date of departure from Thailand		Time	
วันที่กลับมาถึงประเทศไทย		เวลาที่	
Date of return to Thailand		Time	
..... ผู้เอาประกันภัย (หากผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อแทน) .....			
ลงลายมือชื่อ/Signature		The Insured Person (If below 18 years old, please provide guardian's signature)	
วันที่/ Date			
<b>ส่วนที่ 2 กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล</b>			
<b>Section 2 Medical Expenses</b>			
1. วันที่เกิดอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งแรก วันที่		เวลาที่เกิดเหตุ	
Date of Accident or illness		Time	
สถานที่เกิดเหตุ			
Place of accident			
2. รายละเอียดของการเกิดเหตุหรือเจ็บป่วย			
Description of accident / Nature of illness			
3. ท่านเคยเข้ารับการรักษาพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยอาการเดียวกันกับการรักษาครั้งนี้ หรือไม่			
ถ้าเคย โปรดระบุโรงพยาบาล			
Have you ever received any treatment related to the illness / Injury? If yes, please specify hospital			
Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
4. การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือไม่			
Is the illness / Injury related to an accident			
<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	
ถ้า "ใช่" โปรดให้รายละเอียด			
If yes, please provide details			
5. โปรดระบุชื่อของแพทย์ที่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยไปพบ			
Name of the referring physician			
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การรักษาโรค โภชเภยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อบริษัท เอ็มเอสไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่าใช้ได้กับฉันด้วยนับตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าลงนาม			
I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish 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.			
..... ผู้เอาประกันภัย (หากผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อแทน) .....			
ลงลายมือชื่อ/ Signature		The Insured Person (If below 18 years old, please provide guardian's signature)	
วันที่/ Date			

**ใบรับรองแพทย์(Medical Certificate) กรอกข้อมูลโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา: Please ensure this section is fully completed by your Doctor.**

The Patient's Name	HN	AN
Is the illness / Injury related to an accident?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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:		
Do you have any reason to believe that the same or any related medical condition has been diagnosed or treated previously by any other doctor or hospital?		
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If 'Yes', please give details:		
Please PRINT your name: Address:	Hospital's Rubber Stamp Here:	
Signature:	Date:	License No.
Telephone No.	Fax No.	E-mail address:

**ส่วนที่ 3 กรณีเรียกร้องการล่าช้าของเที่ยวบิน หรือการพลาดการต่อเที่ยวบิน**

**Section 3 Flight delay / Missed connecting Flight**

วันที่เกิดเหตุล่าช้า	สายการบินที่ล่าช้า	เที่ยวบินที่	หมายเลข Boarding Pass
Date of delay	Delayed airlines	Flight number	Boarding Pass number
สาเหตุที่สายการบินเกิดความล่าช้า			
Reasons/causes of delay			
สายการบินที่ล่าช้า กำหนดการจริงออกเดินทางวันที่	เวลา	เหตุล่าช้าทำให้ออกเดินทางวันที่	เวลา
Original flight schedule Date	Time	New flight schedule Date	Time

**ส่วนที่ 4 กรณีเรียกร้องความสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทางและ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายในกระเป๋าเดินทาง และ/หรืออุปกรณ์การเล่นกอล์ฟ**

**Section 4 Damage/ Loss of baggage and/or personal belongings and/or Golf Equipment**

วันที่เกิดเหตุ	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
Date	Time	Place of incident
รายละเอียดเหตุการณ์		
Description of the incident		
สถานที่แจ้งความ ที่สถานีตำรวจ	บุคคลที่เป็นพยานเห็นเหตุการณ์	
Police station reported to	Witness(es)	
ได้รับการชดใช้ค่าเสียหายแล้วจาก	เป็นจำนวนเงิน	
Compensation received from	Amount	
รายการสิ่งของที่อยู่ในกระเป๋าที่สูญหายหรือเสียหายพร้อมราคาส่งของแต่ละชิ้น		
List of items inside the damaged/lost baggage and their prices by item		

**ส่วนที่ 5. กรณีเรียกร้องการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง**

**Section 5 Baggage delay**

วันที่เกิดเหตุกระเป๋าล่าช้า	สายการบิน/เที่ยวบิน ที่เกิดเหตุ			
Date of baggage delay	Airlines/ Flights			
เครื่องบินถึงสนามบินวันที่	เวลา	ได้รับกระเป๋าวันที่	เวลา	ระยะเวลากระเป๋าล่าช้า
Arrival date	Arrival Time	Date of baggage Received	Time	Duration of the delay:
รายการค่าใช้จ่ายสิ่งของส่วนตัวที่จำเป็นที่ได้จัดซื้อ พร้อมราคา ในกรณีกระเป๋าล่าช้า				
List of necessary expenses for personal use including their prices in case of baggage delay				

ส่วนที่ 6 กรณีเรียกร้องค่าชดเชยอื่น ๆ

Section 6 Other claims

เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี.....

Other Claims for reimbursement

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

### เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน Document required for claim settlement

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต้องการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

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

ประเภทของความเสียหาย Type of loss/accident	เอกสารที่จำเป็น(โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) Documents required (please tick against the documents you have submitted.)
เอกสารประกอบทุกกรณี Basic for all types	<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยการเดินทาง Travel claim form <input type="checkbox"/> บัตรขึ้นเครื่อง ตั๋วโดยสาร เป็นต้น ที่แสดงเวลาการเดินทางไปและกลับ Boarding pass, air tickets etc. that confirm the departure and return dates <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง/วีซ่า Copy of passport / visa <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาน้ำสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม Copy of ID Card and copy of bank book for transfer the claim settlement
(รวมกับ)เอกสารเฉพาะหมวด (Plus) as applicable below :	
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Personal accident	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ Medical certificate <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร Copy of Death certificate <input type="checkbox"/> รายงานชันสูตรพลิกศพและสำเนาบันทึกรประจำวันของตำรวจ Copy of autopsy report and police daily report <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ Copy of insured, beneficiary's identification card and house registration
ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses	<input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกจ่ายค่ารักษาพยาบาล Original receipts and statement <input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ Original medical certificate
ความล่าช้าในการเดินทาง Travel delay	<input type="checkbox"/> หนังสือยืนยันจากสายการบินหรือผู้ขนส่งระบุสาเหตุและระยะเวลาการเดินทางล่าช้า Written confirmation from airlines or carriers on duration and reason (s) for delay
การพลาดการต่อเที่ยวบิน Flight misconnection	<input type="checkbox"/> หนังสือยืนยันจากสายการบินระบุสาเหตุและระยะเวลาการพลาดการต่อเที่ยวบิน Written confirmation from airlines on duration and reason (s) for delay
การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง Baggage delay	<input type="checkbox"/> หนังสือยืนยันจากสายการบินหรือผู้ขนส่งระบุระยะเวลาที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า Written confirmation from airlines or carriers on duration and reason (s) for delay
ความสูญหายหรือเสียหาย ของกระเป๋าเดินทาง และ/หรือ ทรัพย์สินส่วนตัวภายใน กระเป๋าเดินทาง/เงินสดและ เช็คเดินทาง Loss or damage of baggage/ personal effects / personal money and travel cheque	<input type="checkbox"/> หนังสือยืนยันการสูญหายหรือเสียหายจากสายการบินหรือผู้ขนส่งหรือผู้จัดการโรงแรมระบุรายละเอียดการสูญหาย Property Irregularity report issued by airlines, carrier, hotel manager stated detail of loss or damage and their expense <input type="checkbox"/> หนังสือรับรอง การชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้น จากโรงแรมหรือบริษัทขนส่ง Letter of compensation from the hotel/carrier <input type="checkbox"/> บันทึกรประจำวันตำรวจประจำท้องที่เกิดเหตุ โดยระบุรายการของทรัพย์สินที่สูญหายหรือเสียหาย พร้อมทั้งระบุราคาของรายการนั้นๆ police daily report/ List of damage/lost item and their prices <input type="checkbox"/> รูปถ่ายของทรัพย์สินที่เสียหาย Photograph of damage <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินของทรัพย์สินที่สูญหายหรือเสียหาย Receipts for the loss or damage property
ทั้งนี้ บริษัทอาจเรียกร้องเอกสารอื่นๆ ตามความจำเป็น Other documents as necessarily required by the company	