

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทาง

Travel Insurance Claim Form

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและอีเมลสำหรับแจ้งความคืบหน้าในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- ท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมายังบริษัทเออร์โกประกันภัยฯ ได้ 3 ช่องทาง ดังนี้
 1. ไปรษณีย์ : ที่มเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท เออร์โกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) 126/2 ถนนกรุงธนบุรี แขวงบางลำภูล่าง เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600
 2. อีเมล : ที่มเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท เออร์โกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) Tclaim@ergo.co.th (เฉพาะการเรียกร้องค่าทดแทนที่ไม่ต้องใช้เอกสาร/ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ)
 3. ตัวแทน/นายหน้าประกันภัยที่ท่านซื้อกรมธรรม์
- เมื่อบริษัทเออร์โกประกันภัยฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว บริษัทเออร์โกประกันภัยฯ จะทำการส่งอีเมลเพื่อยืนยันการรับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามอีเมลที่ระบุในเอกสารฉบับนี้
- รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุเป็นเพียงเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต้องการพิจารณาตัดสินไหมทดแทนของท่าน บริษัทเออร์โกประกันภัยฯ อาจขอข้อมูล/เอกสารเพิ่มเติมเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินไหมทดแทน
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนไม่ครบถ้วน บริษัทเออร์โกประกันภัยฯ จะติดต่อท่านเพื่อขอข้อมูล/เอกสารภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัทเออร์โกประกันภัยฯ จะพิจารณาภายใน 15 วันพร้อมทั้งแจ้งผลการพิจารณาตัดสินไหมทดแทนให้ท่านทราบ
- ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจำนวนเกินกว่า 100,000 บาท ขอให้ยืนยันตัวตนโดยการถ่ายรูปใบหน้าของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์ขณะถือบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางที่เห็นรูปหน้าบัตรอย่างชัดเจน โดยชี้ไปที่ข้อมูลศาสนาและหมู่เลือด (ถ้ามี) และขอให้ส่งมาพร้อมกับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนด้วย

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม _____ กรมธรรม์เลขที่ _____

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ เพศ _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า) _____ อีเมลที่ติดต่อได้ _____

ในกรณีที่ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกันโปรดระบุ _____ ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____ ในกรณี "ใช่" โปรดระบุชื่อบริษัท _____

ระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี) _____ / _____ / _____ ถึงวันที่ _____ / _____ / _____ ประเทศ _____

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์: กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและสำเนาบัตรประชาชน/ Passport ของเจ้าของบัญชี

ชื่อบัญชี _____ บัญชีเลขที่ _____ ชื่อธนาคาร _____ สาขา _____

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ

ข้าพเจ้า ☐ "ให้" ความยินยอม ☐ "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") หรือตัวแทน สอบถาม (เก็บรวบรวม) รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ จากบริษัทประกันภัยรายอื่น และใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน รวมถึงส่งต่อ (เปิดเผย) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ ให้แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจทำให้บริษัทฯ ใช้เวลาในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าเพิ่มขึ้น หรือเป็นอุปสรรคในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยบริษัทฯหรือตัวแทน ที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้า ☐ "ให้" ความยินยอม ☐ "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวม ข้อความใดๆ ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประสิทธิภาพการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง ค่าชดเชย จากโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย เพื่อให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกันต้นฉบับ

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้า ☐ "ให้" ความยินยอม ☐ "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย เปิดเผยข้อความใดๆ ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประสิทธิภาพการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา รวมถึงจัดทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด และรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง ค่าชดเชย ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย เพื่อส่งต่อให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกันต้นฉบับ

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) แจ้งผลการพิจารณาเป็นหนังสือ ☐ ทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ☐ ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (โปรดเลือกช่องใดช่องหนึ่ง)

ข้าพเจ้า ☐ "ให้" ความยินยอม ☐ "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า คู่สมรส บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่จำเป็นในการเอาประกันภัยต่อ การพิจารณารับประกันภัยต่อ การคำนวณเบี้ยประกันภัย การปฏิเสธการรับประกันภัยแต่ละประเภท หรือ การخذใช้ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้า ☐ "ให้" ความยินยอม ☐ "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า แก่บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณารับประกันภัย การخذใช้ค่าสินไหมทดแทน หรือการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถศึกษาและรับทราบประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เพื่อเข้าใจถึงวิธีการที่บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า รวมถึงสิทธิของข้าพเจ้า ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่ <https://www.ergo.co.th/th/privacy-policy>

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหม

- ☐ ส่วนที่ 1 : ค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชย
- ☐ ส่วนที่ 2 : ชดเชย การสูญหายของเงินส่วนตัว / การสูญหายของเอกสารเดินทาง / การสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์กล้องและโฮล-อิน-วัน / การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ / การสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์ถ่ายภาพ อุปกรณ์กีฬาและเครื่องดนตรี / การสูญเสียทางการเงินจากการใช้บัตรเครดิตที่สูญหาย
- ☐ ส่วนที่ 3 : ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดการต่อเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง / การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน / การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง / ความล่าช้าในการเดินทางไปรับสัตว์เลี้ยง
- ☐ ส่วนที่ 4 : การเลื่อนหรือการยกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง / ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก
- ☐ ส่วนที่ 5 : การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวร
- ☐ ส่วนที่ 6 : อื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก / ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า / ค่าเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล / ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย / ค่าโทรศัพท์ในกรณีฉุกเฉิน

ส่วนที่ 1 : ค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชย

วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี) _____ / _____ / _____ เวลา _____ วันที่ไปพบแพทย์ครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) _____ / _____ / _____

เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่ และเป็นการรักษากาย ☐ นอกประเทศ ☐ ในประเทศ

กรณี “ใช่” โปรดระบุชื่อสถานพยาบาลและวันที่ _____

กรณีที่ได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ _____

จำนวนค่าสินไหมทดแทน _____ บาท (_____)

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้น มีดังนี้	
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก	
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้	
ค่ารักษาพยาบาล - ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล - สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารสรุปประวัติการรักษาในครั้งนั้น	ค่าชดเชย - สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน - สำเนาใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 2 : ชดเชย การสูญหายของเงินส่วนตัว / การสูญหายของเอกสารเดินทาง / การสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์กล้องและโฮล-อิน-วัน / การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ / การสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์ถ่ายภาพ อุปกรณ์กีฬาและเครื่องดนตรี / การสูญเสียทางการเงินจากการใช้บัตรเครดิตที่สูญหาย

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) _____ / _____ / _____ สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ) _____

โปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุ _____

รายละเอียดของรายการสูญหาย / เสียหาย

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้น มีดังนี้	
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมสำเนาถูกต้อง	- เอกสารรายงานความเสียหายที่ออกโดยตำรวจ/โรงแรม/บริษัทขนส่ง/สนามบิน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)	- หากโรงแรมหรือบริษัทขนส่งได้เสนอการชดเชย รวมไปถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชย
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้	
ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว/การสูญหายของเอกสารเดินทาง/การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า/การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ/การสูญเสียทางการเงินจากการใช้บัตรเครดิตที่สูญหาย - บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ - ใบเสร็จรับเงินสำหรับค่าเดินทาง, ค่าที่พัก, และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่ (กรณีเกิดความสูญเสีย หรือความเสียหายของเอกสารการเดินทาง) - ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายผ่านบัตรเครดิต และเอกสารแสดงการสูญเสียทางการเงินที่เกิดขึ้นจากการใช้บัตรเครดิต (กรณีการสูญเสียทางการเงินจากการใช้บัตรเครดิตที่สูญหาย) อุปกรณ์กล้องและโฮล-อิน-วัน - ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่นที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ (กรณีเกิดความสูญเสียหรือความเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟที่เกิดขึ้นในสถานที่สาธารณะ) - จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากผู้มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้บริหารโรงแรม สายการบิน สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะที่มีอำนาจควบคุมดูแลสถานที่ที่เกิดการสูญเสียหรือเสียหายภายใน 24 ชั่วโมง (กรณีเกิดความสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟที่เกิดขึ้นในโรงแรม สายการบิน สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะ) - หนังสือรับรองจากสนามบินกอล์ฟในกรณีโฮล-อิน-วัน (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยสามารถหา โฮล-อิน-วันได้)	การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว/การสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์ถ่ายภาพ อุปกรณ์กีฬาและเครื่องดนตรี - หนังสือ เอกสาร หรือหลักฐานอื่นใดที่ออกให้โดยบริษัทขนส่ง หรือโรงแรม โดยบรรยายละเอียดของความเสียหาย กรณีที่ความเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทขนส่ง - ใบแจ้งความหรือบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องที่ที่เกิดเหตุที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ ในกรณีการชิงทรัพย์ การโจรกรรม การปล้นทรัพย์ หรือการดำเนินการใดๆ ในลักษณะใช้ความรุนแรง หรือโดยการขู่ข่มขู่จากบุคคลอื่นต่อผู้เอาประกันภัยเพื่อเอากระเป๋าเดินทางและ/หรือทรัพย์สินส่วนตัว - สำเนาใบเสร็จรับเงินของทรัพย์สินที่สูญเสียหรือเสียหาย การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย - สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่น - เอกสารจากกองพิสูจน์หลักฐาน - ใบประเมินราคาของทรัพย์สินที่เสียหายและรูปถ่าย

ส่วนที่ 3: ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดการต่อเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง / การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน / การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง / ความล่าช้าในการเดินทางไปรษณีย์

ความล่าช้าในการเดินทาง/การพลาดการต่อเที่ยวบิน/การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน/การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง/ความล่าช้าในการเดินทางไปรษณีย์

โปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุ

สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ)

กำหนดการเดินทางเดิม: วัน/เดือน/ปี

/

/

เวลาเดินทาง

เวลาที่มาถึง

เที่ยวบิน

กำหนดการเดินทางใหม่: วัน/เดือน/ปี

/

/

เวลาเดินทาง

เวลาที่มาถึง

เที่ยวบิน

การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

วัน/เดือน/ปี (ที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า)

/

/

เวลา

สถานที่ (เมือง/ประเทศ)

วัน/เดือน/ปี (ที่ได้รับกระเป๋าคืน)

/

/

เวลา

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้น มีดังนี้	
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก	
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้	
ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน / การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง / ความล่าช้าในการเดินทางไปรษณีย์	การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง
- บัตรโดยสารเครื่องบิน และ Boarding Pass หรือหลักฐานที่ระบุระยะเวลาการเดินทางทั้งหมด	- จดหมายรับรองจากสายการบินยืนยันการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง
- หนังสือรับรองการพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง	- เอกสารการรับกระเป๋าเดินทางจากสายการบินหรือบริษัทขนส่ง
- หนังสือรับรองความล่าช้าของบริษัทขนส่งหรือสายการบินที่ระบุถึงสาเหตุของการล่าช้า และ/หรือล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน	
- ใบเสร็จรับเงินที่ออกโดยสถานที่รับฝากพัสดุ (กรณีความล่าช้าในการเดินทางไปรษณีย์)	

ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง/การลดจำนวนวันเดินทาง/ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก

โปรดบรรยายถึงสาเหตุของการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง/การเดินทางหยุดชะงัก

กำหนดการเดินทางเดิม ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี

/

/

ถึง วัน/เดือน/ปี

/

/

กำหนดการเดินทางใหม่ ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี

/

/

ถึง วัน/เดือน/ปี

/

/

รายการค่าใช้จ่ายและจำนวนเงิน ที่เกิดจากการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง/การเดินทางหยุดชะงัก

โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่างนี้ หากสาเหตุของการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง/การลดจำนวนวันเดินทาง/การเดินทางหยุดชะงัก เกิดจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และ/หรือ เพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกัน ในกรณีการลดจำนวนวันเดินทาง /การเดินทางหยุดชะงัก

ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย	วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E- Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้

การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง

- ใบเสร็จรับเงินจากบริษัททัวร์ หรือสายการบิน ค่าซื้อตั๋ว ค่าที่พัก ค่าอาหาร ซึ่งระบุจำนวนเงินที่เรียกเก็บและเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าไม่สามารถคืนเงินได้

- ใบรับรองแพทย์ (กรณีที่ต้องเลื่อนหรือบอกเลิกการเดินทางเนื่องจากการบาดเจ็บ/การเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย, การบาดเจ็บสาหัส/การเจ็บป่วยหนักของสมาชิกในครอบครัว)

- สำเนาใบมรณบัตร (กรณีการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย)

- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร ทะเบียนสมรส (กรณีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการบอกเลิกการเดินทาง)

- เอกสารหมายเรียกจากศาล (กรณีได้รับหมายเรียกให้เป็นพยานที่ศาล หรือได้รับหมายใดๆ จากศาล)

- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการเกิดการนัดหยุดงานของพนักงานสายการบิน)

- ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่น และสำเนาทะเบียนบ้านที่เกิดเหตุ (กรณีที่พักอาศัยของผู้เอาประกันภัยที่ใช้เป็นที่พักอาศัยในประเทศไทยได้รับความเสียหายร้ายแรงจากเหตุไฟไหม้ หรือภัยธรรมชาติ)

การลดจำนวนวันเดินทาง

- ใบเสร็จรับเงิน สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการจ้เครื่องบิน และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าไม่สามารถคืนเงินได้

- ใบรับรองแพทย์ (กรณีที่ต้องลดจำนวนวันเดินทางเนื่องจากผู้เอาประกันภัยได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และกรณีการบาดเจ็บสาหัส หรือเจ็บป่วยหนักของสมาชิกของครอบครัว หรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกัน)

- สำเนาใบมรณบัตร (กรณีการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกัน)

- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร ทะเบียนสมรส (กรณีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย/ประสบอุบัติเหตุ/เสียชีวิต/เป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันเดินทาง)

- เอกสารหลักฐานการแสดงว่าเป็นผู้ร่วมเดินทาง

- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีเครื่องบินที่ผู้เอาประกันภัยโดยสารประสบเหตุการณ์การจ้เครื่องบิน)

- หลักฐานการเกิดภัยธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้น ณ สถานที่ที่อยู่ในแผนการเดินทาง (กรณีเกิดภัยธรรมชาติ ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเดินทางตามกำหนดการต่อไปได้)

- สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงประเภเหตุการณ์การจ้เครื่องบิน

ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก - ไม่เสร็จรับเงิน สำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การเปลี่ยนวันหรือเวลาเดินทางกลับประเทศไทย หรือ ค่าบัตรโดยสารการเดินทางใหม่โดยเครื่องบินชั้นประหยัด รถไฟ หรือเรือ เพื่อใช้สำหรับเดินทางกลับประเทศไทย - ไม่เสร็จรับเงิน สำหรับเงินมัดจำค่าเดินทาง ค่าซื้อบัตรโดยสารการเดินทางล่วงหน้า และ/หรือค่าที่พักที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายไปล่วงหน้า และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าไม่สามารถคืนเงินได้ - สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง - สำเนาหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่ เข้า-ออก ประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้า-ออกผ่านระบบอัตโนมัติ โปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันที่เดินทางเข้า-ออก ของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล - ใบรับรองแพทย์ในสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่เดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล - สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการเดินทางหยุดชะงัก
--

ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวร

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

โปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้	
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง - สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก	
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้	
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวร - ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพ - รูปถ่ายการทุพพลภาพ / การสูญเสียอวัยวะ - สำเนาใบมรณบัตร	- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ / รายงานการตรวจศพ - สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของ ผู้เอาประกันภัย - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้อง

ส่วนที่ 6: อื่น ๆ เช่น ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก / ความรับผิดชอบแรกของรถเช่า / ค่าเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล / ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย / ค่าโทรศัพท์ในกรณีฉุกเฉิน

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

โปรดบรรยายรายละเอียด

จำนวนเงิน _____ บาท

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้	
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง - สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก	
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้	
ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก - สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของผู้ที่ได้รับความเสียหายและประจักษ์พยาน - หนังสือยืนยันจากผู้ได้รับความเสียหาย ระบุถึงรายละเอียดการเกิดเหตุ รายการทรัพย์สินที่เสียหายซึ่งมีการรับรองโดยผู้ที่ได้รับความเสียหายและประจักษ์พยานในเหตุการณ์ - สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ - กรณีที่สามารถซ่อมแซมให้ทรัพย์สินกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือจำเป็นต้องซื้อทรัพย์สินนั้นๆ เนื่องจากทำให้ทรัพย์สินนั้นเสียหาย ต้องมีใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และจดหมายยืนยันจากทางร้านค้า ความรับผิดชอบส่วนรถเช่า - ใบเสร็จรับเงินสำหรับการชำระค่าความผิดส่วนแรกให้กับบริษัทเช่า - หนังสือสัญญาเช่ารถ - ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่า และระบุค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Excess) ค่าเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล - ใบเสร็จรับเงินสำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหารที่เกิดขึ้นจริงของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่เดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย - รายงานแพทย์ของผู้ทำการรักษาผู้เอาประกันภัยที่ระบุจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลฐานะผู้ป่วยใน - สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่ระบุถึงการเดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย - สำเนาบัตรโดยสารการเดินทางของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่เดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย	ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย - ใบเสร็จรับเงินสำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหารที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัวที่เดินทางไปรับผู้เยาว์ - รายงานแพทย์ของผู้ทำการรักษาผู้เอาประกันภัย - สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกในครอบครัวที่ระบุถึงการเดินทางไปรับผู้เยาว์ - สำเนาบัตรโดยสารในการเดินทางของสมาชิกในครอบครัวที่เดินทางไปรับผู้เยาว์ - กำหนดการเดินทาง (Travel Itinerary) ของผู้เอาประกันภัยและผู้เยาว์ ค่าโทรศัพท์ในกรณีฉุกเฉิน - ใบแจ้งรายการค่าใช้จ่ายจากผู้ให้บริการที่ระบุถึงเบอร์ผู้ให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน

*** สามารถดูเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมเพิ่มเติมได้ที่ www.ergo.co.th/th ***

ช่องทางการจัดส่งทางไปรษณีย์ โดยส่งเอกสารมาที่ ทีมเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เลขที่ 126/2 ถนนกรุงธนบุรี แขวงบางลำภูล่าง เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600	แนะนำติชมการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน โทร. 1219 อีเมล: Customer.service@ergo.co.th เว็บไซต์: www.ergo.co.th
ติดต่อสอบถามผลการพิจารณาสินไหม อีเมล: Tclaim@ergo.co.th แผนกสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ	