

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทาง

Travel Insurance Claim Form

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและอีเมลสำหรับแจ้งความคืบหน้าในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- ท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมายังบริษัทเอริโกประกันภัยฯ ได้ 3 ช่องทาง ดังนี้
 - ไปรษณีย์: ทีมเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท เอริโกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) 126/2 ถนนกรุงธนบุรี แขวงบางลำภูล่าง เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600
 - อีเมล: ทีมเรียกร้องสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ บริษัท เอริโกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) Taclaim@ergo.co.th (เฉพาะการเรียกร้องค่าทดแทนที่ไม่ต้องใช้เอกสาร/ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ)
 - ตัวแทนนายหน้าประกันภัยที่ท่านซื้อกรมธรรม์
- เมื่อบริษัทเอริโกประกันภัยฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว บริษัทเอริโกประกันภัยฯ จะทำการส่งอีเมลเพื่อยืนยันการรับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามอีเมลที่ระบุในเอกสารฉบับนี้
- รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุเป็นเพียงเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต้องพิจารณาพิเคราะห์กรณีค่าสินไหมทดแทนของท่าน บริษัทเอริโกประกันภัยฯ อาจขอข้อมูล/เอกสารเพิ่มเติมเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาพิเคราะห์
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนไม่ครบถ้วน บริษัทเอริโกประกันภัยฯ จะติดต่อท่านเพื่อขอข้อมูล/เอกสารภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัทเอริโกประกันภัยฯ จะพิจารณาภายใน 15 วันพร้อมทั้งแจ้งผลการพิจารณาพิเคราะห์ค่าสินไหมทดแทนให้ท่านทราบ
- ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจำนวนเกินกว่า 100,000 บาท ขอให้ยื่นยันตัวตนโดยการถ่ายรูปใบหน้าของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์ขณะถือบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางที่เห็นรูปหน้าบัตรอย่างชัดเจน 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/ หนังสือให้ความ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ

ข้าพเจ้า "ให้" ความยินยอม "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้บริษัท เอริโกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") หรือตัวแทนสอบถาม (เก็บรวบรวม) รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ จากบริษัทประกันภัยรายอื่น และใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน รวมถึงส่งต่อ (เปิดเผย) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ ให้แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจทำให้บริษัทฯ ใช้เวลาในการพิจารณาพิเคราะห์ค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าเพิ่มขึ้น หรือเป็นอุปสรรคในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อกรเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยบริษัทฯ หรือตัวแทน ที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้า "ให้" ความยินยอม "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้บริษัท เอริโกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวม ข้อความใดๆ ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง ค่าชดเชย จากโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย เพื่อให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาสำเนาของ / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาพิเคราะห์ค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อกรเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้า "ให้" ความยินยอม "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย เปิดเผยข้อความใดๆ ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา รวมถึงจัดทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด และรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง ค่าชดเชย ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย เพื่อส่งต่อให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาสำเนาของ / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาพิเคราะห์ค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อกรเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เอริโกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) แจ้งผลการพิจารณาเป็นหนังสือ ทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (โปรดเลือกช่องใดช่องหนึ่ง)

ข้าพเจ้า "ให้" ความยินยอม "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้บริษัท เอริโกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า คู่สมรส บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่จำเป็นในการเอาประกันภัยต่อ การพิจารณาประกันภัยต่อ การคำนวณเบี้ยประกันภัย การปฏิเสธการรับประกันภัยแต่ละประเภท หรือ การชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาพิเคราะห์ค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อกรเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

ข้าพเจ้า "ให้" ความยินยอม "ไม่ให้" ความยินยอม

ให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า แก่บริษัท เอริโกประกันภัยฯ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาประกันภัย การชดเชยค่าสินไหมทดแทน หรือการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าสามารถ "ให้" หรือ "ไม่ให้" ความยินยอมก็ได้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอม ข้าพเจ้ารับทราบว่าการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคแก่บริษัทฯ ในการพิจารณาพิเคราะห์ค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า ทั้งนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าถอนความยินยอม ข้าพเจ้ายอมรับว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อกรเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมไปแล้วทั้งสิ้น

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

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย

วันที่

ลายมือชื่อผู้กรอกแบบ

วันที่

(ในกรณีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหายไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)

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 : การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / 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 และเป็นการรักษาภายใน นอกประเทศ ในประเทศ

กรณี "ใช่" โปรดระบุชื่อสถานพยาบาลและวันที่ _____

กรณีที่ได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ _____

จำนวนค่าสินไหมทดแทน _____ บาท (_____)

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้น มีดังนี้	
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่เข้า-ออกประเทศ/เมืองของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก	
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้	
ค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชย - 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	ราคาซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้น มีดังนี้	
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมสำเนาถูกต้อง - สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)	- เอกสารรายงานความเสียหายที่ออกโดยตำรวจ/โรงแรม/บริษัทขนส่ง/สนามบิน - หากโรงแรมหรือบริษัทขนส่งได้เสนอการชดเชย รวมไปถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนแปลงใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชย
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้	
ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว/การสูญหายของเอกสารเดินทาง/การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า/การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ/การสูญเสียทางการเงินจากการใช้บัตรเครดิตที่สูญหาย - บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ - ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง, ค่าที่พัก, และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่ (กรณีความสูญเสีย หรือ ความเสียหายของเอกสารเดินทาง) - ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายผ่านบัตรเครดิต และเอกสารแสดงการสูญเสียทางการเงินที่เกิดขึ้นจากการใช้บัตรเครดิตที่สูญหาย อุปกรณ์กล้องและโฮล-อิน-วัน - ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่นที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ (กรณีเกิดความสูญเสียหรือความเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟที่เกิดขึ้นในสถานที่สาธารณะ) - จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากผู้มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้บริหารโรงแรม สายการบิน สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะที่มีอำนาจควบคุมดูแลสถานที่ที่เกิดการสูญเสียหรือเสียหายภายใน 24 ชั่วโมง (กรณีเกิดความสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟที่เกิดขึ้นในโรงแรม สายการบิน สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะ) - หนังสือรับรองจากสนามบินในกรณีโฮล-อิน-วัน (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยสามารถทำ โฮล-อิน-วันได้)	การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว/การสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์ถ่ายภาพ อุปกรณ์กีฬาและเครื่องดนตรี - หนังสือ เอกสาร หรือหลักฐานอื่นใดที่ออกให้โดยบริษัทขนส่ง หรือโรงแรม โดยระบุรายละเอียดของความเสียหาย กรณีที่ความเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรม หรือบริษัทผู้ขนส่ง - ใบแจ้งความหรือบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ ในกรณีการชิงทรัพย์ การโจรกรรม การปล้นทรัพย์ หรือการดำเนินการใดๆ ในลักษณะใช้ความรุนแรงหรือโดยการขู่ข่มขู่จากบุคคลอื่นต่อผู้เอาประกันภัยเพื่อเอากระเป๋าเดินทางและทรัพย์สินส่วนตัว - สำเนาใบเสร็จรับเงินของทรัพย์สินที่สูญเสียหรือเสียหาย การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย - สำเนานับที่ประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่น - เอกสารจากกองพิสูจน์หลักฐาน - ใบประเมินราคาของทรัพย์สินที่เสียหายและรูปถ่าย

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

ความล่าช้าในการเดินทาง/การพลาดการต่อเที่ยวบิน/การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน/การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง/ความล่าช้าในการเดินทางไปปรับสัตว์เลี้ยง

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	
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้	
ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน / การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง / ความล่าช้าในการเดินทางไปปรับสัตว์เลี้ยง	การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง
- ตัวเครื่องบิน และ Boarding Pass หรือหลักฐานที่ระบุระยะเวลาการเดินทางทั้งหมด	- จดหมายรับรองจากสายการบินยืนยันการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง
- หนังสือรับรองการพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง	- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบินหรือบริษัทขนส่ง
- หนังสือรับรองความล่าช้าของบริษัทขนส่งหรือสายการบินที่ระบุถึงสาเหตุของการล่าช้า และ/หรือล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน	
- ใบเสร็จรับเงินที่ออกโดยสถานที่รับฝากสัตว์เลี้ยง (กรณีความล่าช้าในการเดินทางไปปรับสัตว์เลี้ยง)	

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	
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้	
การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง	
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีที่ต้องบอกเลิกหรือเลื่อนการเดินทางเนื่องจากการบาดเจ็บ/การเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย, การบาดเจ็บสาหัส/การเจ็บป่วยหนักของสมาชิกในครอบครัว)	
- สำเนาใบมรณบัตร (กรณีการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย)	
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร ทะเบียนสมรส (กรณีที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการบอกเลิกการเดินทาง)	
- เอกสารหมายเรียกจากศาล (กรณีได้รับหมายเรียกให้เป็นพยานที่ศาล หรือได้รับหมายใดๆ จากศาล)	
- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการเกิดกรณีเหตุฉุกเฉินของพนักงานสายการบิน)	
- ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่น และสำเนาทะเบียนบ้านที่เกิดเหตุ (กรณีที่พักอาศัยของผู้เอาประกันภัยที่ใช้เป็นที่พักอาศัยในประเทศไทยได้รับความเสียหายร้ายแรงจากเหตุไฟไหม้ หรือภัยธรรมชาติ)	
- ใบเสร็จรับเงินจากบริษัททัวร์ หรือสายการบิน ค่าที่พัก อาหาร ซึ่งระบุจำนวนเงินที่เรียกเก็บ และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าไม่สามารถคืนเงินได้	
การลดจำนวนวันเดินทาง	
- ใบรับรองแพทย์	
- สำเนาใบมรณบัตร	
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร ทะเบียนสมรส (กรณีที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย/ประสบอุบัติเหตุ/เสียชีวิต/เป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันเดินทาง)	
- เอกสารหลักฐานการแสดงว่าเป็นผู้ร่วมเดินทาง	
- หนังสือรับรองการถูกกักตักกันเชื้อโรค (กรณีการถูกกักตักกันเชื้อโรคตามคำแนะนำของแพทย์และในสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันเดินทาง)	
- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีเครื่องบินที่ผู้เอาประกันภัยโดยสารประสบเหตุการจี้เครื่องบิน)	
- หลักฐานการเกิดภัยธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้น ณ สถานที่ที่อยู่ในแผนการเดินทาง (กรณีเกิดภัยธรรมชาติ ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเดินทางตามกำหนดการต่อไปได้)	
- สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงประสบเหตุการจี้เครื่องบิน	
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการประสบเหตุการจี้เครื่องบิน และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าไม่สามารถคืนเงินได้	

ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก

- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่ เข้า-ออก ประเทศไทยของสำนักตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้า-ออกผ่านระบบอัตโนมัติ โปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันที่เดินทางเข้า-ออก ของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- หนังสือรับรองการถูกกักด่านกักกันเชื้อโรค หรือใบรับรองแพทย์ของผู้เอาประกัน (กรณีการถูกกักด่านกักกันเชื้อโรคตามคำแนะนำของแพทย์)
- ใบรับรองแพทย์ในสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่เดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการเดินทางหยุดชะงัก
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น โดยเครื่องบินชั้นประหยัด ค่าเดินทางโดยรถไฟชั้นหนึ่ง ค่าเดินทางทางเรือ หรือรถโดยสารสาธารณะ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับเงินมัดจำค่าเดินทาง ค่าซื้อตั๋วล่วงหน้า และ/หรือค่าที่พักที่ผู้เอาประกันจ่ายไปล่วงหน้าก่อนการเดินทางออกจากประเทศไทย และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าไม่สามารถคืนเงินได้

ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวร

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

โปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุ _____

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้

- | | |
|--|--|
| การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวร
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพ
- รูปถ่ายการทุพพลภาพ / การสูญเสียอวัยวะ
- สำเนาใบมรณบัตร | - สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ / รายงานการตรวจศพ
- สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของ ผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส/ผู้รับรองสำเนาถูกต้อง |
|--|--|

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

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

โปรดบรรยายรายละเอียด _____

จำนวนเงิน _____ บาท

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้

- | | |
|---|--|
| ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของผู้ที่ได้รับความเสียหายและประกันภัยยาน
- หนังสือยืนยันจากผู้ได้รับความเสียหาย ระบุถึงรายละเอียดการเกิดเหตุ รายการทรัพย์สินที่เสียหายซึ่งมีการรับรองโดยผู้ที่ได้รับความเสียหายและประกันภัยยานในเหตุการณ์
- สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ
- กรณีที่สามารถซ่อมแซมให้ทรัพย์สินกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือจำเป็นต้องซื้อทรัพย์สินนั้นๆ เนื่องจากทำให้ทรัพย์สินนั้นเสียหาย ต้องมีใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และจดหมายยืนยันจากทางร้านค้า
ความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับรถเช่า
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการชำระค่าความผิดส่วนแรกให้กับบริษัทรถเช่า
- หนังสือสัญญาการเช่ารถ
- ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่า และระบุค่าความผิดส่วนแรก (Excess)
ค่าเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหารที่เกิดขึ้นจริงของสมาชิก ในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกัน
- รายงานแพทย์ของผู้ทำการรักษาผู้เอาประกันที่ระบุจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลฐานะผู้ป่วยใน
- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่ระบุถึงการเดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกัน | ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหารที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัวที่เดินทางไปรับผู้เยาว์
- รายงานแพทย์ของผู้ทำการรักษาผู้เอาประกัน
- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกในครอบครัวที่ระบุถึงการเดินทางไปรับผู้เยาว์
- สำเนาบัตรโดยสารในการเดินทางของสมาชิกในครอบครัวที่เดินทางไปรับผู้เยาว์
- กำหนดการเดินทาง (Travel Itinerary) ของผู้เอาประกันและผู้เยาว์
ค่าโทรศัพท์ในกรณีฉุกเฉิน
- ใบแจ้งรายการค่าใช้จ่ายจากผู้ให้บริการที่ระบุถึงเบอร์ผู้ให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน |
|---|--|

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

ช่องทางจัดส่งทางไปรษณีย์ 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: Taclaim@ergo.co.th แผนกสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ