



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยเดินทาง (Travel Insurance Claim Form)

กรุณากรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ฯ ในส่วนที่ 1 ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงลายชื่อผู้เรียกร้อง

Please complete Section 1 in full, and sign the Claim Form.

แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ฯ ที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะไม่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

Please note that incomplete Claim Form cannot be processed for settlement of claim payments.

ส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ฯ ที่สมบูรณ์พร้อมเอกสารต้นฉบับที่เกี่ยวข้องทั้งหมดไปที่ 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.

ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี

Section 1 Customer and travel details (To be fully completed by the Claimant)

ชื่อ-สกุลของผู้เรียกร้อง	อายุ	ปี	วัน/เดือน/ปี เกิด	เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง
Full name of Claimant	Age	(years)	Date of Birth	ID No. / Passport No.
ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง	Full address of Claimant			
อาชีพ	โทรศัพท์มือถือ	โทรศัพท์	โทรสาร	
Occupation	Mobile No.	Telephone No.	Fax. No.	
หมายเลขกรมธรรม์	เลขที่หนังสือรับรองการประกันภัย (ถ้ามี)		วันหมดอายุกรมธรรม์	
Policy No.	Insurance Certificate No. (if any)		Policy Expiry Date	
ประเทศที่พำนักอาศัย	สัญชาติ	เชื้อชาติ		
Usual country of residence	Nationality	Race		
วันที่สำรองการเดินทาง	เที่ยวบินที่			
Date travel arrangements were booked	Flight No.			
เดินทางไปยังประเทศ	วันออกเดินทางจากประเทศไทย		เวลา	
Overseas Destination	Date of departure from Thailand		Time	
วันที่กลับมายังประเทศไทย	เวลา			
Date of return to Thailand	Time			

ส่วนที่ 2 กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล: เอกสารเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล 1.ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ 2.รายงานการเจ็บป่วยจากแพทย์

Section 2 Medical Expenses: Document required to process your Medical expenses claim 1.Original Medical Expenses Bills 2.Medical Certificate

1. วันที่เกิดอาการบาดเจ็บหรือป่วยใช้ครั้งแรก วันที่	ลักษณะอาการที่บาดเจ็บ/เจ็บป่วย		
The date that the injury or illness first occurred	Description		
2. ท่านเคยเข้ารับการรักษาพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยอาการเดียวกันกับการรักษาครั้งนี้ หรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ถ้าเคย โปรดระบุโรงพยาบาล		
Have you ever received any treatment related to the illness / Injury? If yes, please specify hospital	Yes	No	
3. การบาดเจ็บหรือการป่วยใช้ครั้งนี้เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้า "ใช่" โปรดให้รายละเอียด	Is the illness / Injury related to an accident Yes No If yes, please provide details		
4. วันเดือนปีที่เจ็บป่วย/เกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้	เวลาที่เกิดเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	
Date/month/year of illness / Injury	Date of accident	Place of accident	
5. รายละเอียดของการเกิดเหตุ	Cause of accident		
6. โปรดระบุชื่อของแพทย์ที่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยไปพบ	Name of the referring physician		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือนบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือนบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชสงยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท เอ็มเอสไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนาไปมอบ ฉันทะนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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.

ลงชื่อ ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย (หากผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงชื่อแทน) วันที่

Signature of Claimant Injured/sick person (If below 18 years old, please provide guardian's signature) 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,

No,

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 No If 'Yes', please give details:

Please PRINT your name:

Address:

Signature:

Date:

License No.

Telephone No.

Fax No.

E-mail address:

Hospital's Rubber Stamp Here:



ส่วนที่ 3 กรณีผู้เอาประกันภัยถูกเลื่อนเวลาเดินทางออกจากหมายกำหนดการเดิม

เอกสารประกอบการเรียกร้อง

Section 3 Trip postpone/ Flight delay – claim supporting documents

- | | |
|---|--|
| 1. ตั๋วเครื่องบินทั้งหมดและ Boarding Pass ทั้งหมดที่มี
All plane tickets and boarding passes | 2. จดหมายแจ้งจากสายการบินระบุถึงการล่าช้าที่เกิดขึ้น
Letter of notification of flight delay from airlines |
| 3. ใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายส่วนที่จำเป็นเช่นเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว
Receipts of necessary personal expenses e.g. clothes and personal effects | 4. สลิปจากบัตรเครดิตที่ใช้ซื้อของใช้จำเป็น
Credit card slips of necessary purchases |

การเดินทางถูกเลื่อนเวลาออกไปจากสายการบิน การต่อเที่ยวบินระหว่างเส้นทาง (Connecting Flight) จากสายการบินเที่ยวตรง (Direct Flight)
 The delay was caused by Connecting flight Direct flight

สายการบินที่ล่าช้า Delayed airlines	เที่ยวบินที่ Flight number	หมายเลข Boarding Pass Boarding Pass number	วันที่เกิดเหตุล่าช้า Date of delay
--	-------------------------------	---	---------------------------------------

สาเหตุที่สายการบินเกิดความล่าช้า
Reasons/causes for delay

สายการบินที่ล่าช้า กำหนดการจริงออกเดินทางวันที่ Schedule departure of the delayed airlines: Date	เวลา Time	เหตุล่าช้าทำให้ออกเดินทางวันที่ Reasons/causes for delay: Date	เวลา Time
---	--------------	---	--------------

รายการค่าใช้จ่ายที่จำเป็นกรณีเดินทางล่าช้า ระบุสิ่งของ พร้อมราคาให้ตรงตามใบเสร็จรับเงินและสลิปที่ใช้บัตรเครดิตในการซื้อสิ่งของนั้น
 List of necessary expenses from the delay. Please specify items and prices according to receipts/credit card slips

ส่วนที่ 4 กรณีผู้เอาประกันภัยสูญเสียบรรยากาศการเดินทางหรือเกิดความเสียหายของกระเป๋าเดินทางระหว่างเดินทาง

เอกสารประกอบการเรียกร้อง

Section 4 Damage/ Loss of baggage and/or personal belongings – claim supporting documents

- หนังสือรับรองจากผู้มีอำนาจของโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่งนั้นๆ ในกรณีสูญเสียบรรยากาศการเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัวอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง
Letter from an authorized person of the hotel/carrier in case of damage /loss of baggage and/or personal belongings occurred while in their care, custody and control
- หนังสือรับรอง การชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้น จากโรงแรมหรือบริษัทขนส่ง
Letter of compensation from the hotel/carrier
- บันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจประจำท้องที่ ที่เกิดการสูญเสียบรรยากาศการเดินทางหรือเสียหาย โดยระบุรายการสิ่งของที่สูญเสียบรรยากาศการเดินทางหรือเสียหายพร้อมทั้งระบุราคาของรายการนั้นๆ
Local police report/record where the damage/loss occurred, specifying list of damaged/lost items and their prices
- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าเสียหาย รายการสิ่งของที่สูญเสียบรรยากาศการเดินทางหรือเสียหาย พร้อมทั้งระบุราคาของรายการนั้นๆ รวมทั้งหลักฐานแสดงราคาสิ่งของที่สูญหาย หรือเสียหาย (ถ้ามี)
Claim form, list of damaged/lost items and their prices, including evidence/proof of their values (if any)

สถานที่เกิดเหตุกระเป๋าสูญหายหรือเสียหาย
Place of damaged/lost baggage

วันที่เกิดเหตุ Date	เวลา Time
------------------------	--------------

รายละเอียดเหตุการณ์ที่กระเป๋าเกิดสูญหายหรือเสียหาย
Description of the accident

สถานที่แจ้งความ ที่สถานีตำรวจ
Police station reported to

บุคคลที่เป็นพยานเห็นเหตุการณ์
Witness(es)

รายการสิ่งของที่อยู่ในกระเป๋าที่สูญหายหรือเสียหายพร้อมราคาสิ่งของแต่ละชิ้น
List of items inside the damaged/lost baggage and their prices by item



ส่วนที่ 5. กรณีกระเป๋าเดินทางของผู้เอาประกันภัยมาถึงล่าช้าหลังจากมาถึงสนามบินจุดหมายปลายทาง

Section 5 Baggage delay – claim supporting documents

เอกสารประกอบการเรียกร้อง

1. หนังสือรับรองจากสายการบินแจ้งเหตุได้รับกระเป๋าล่าช้า

Letter of baggage delay notification from airlines

2. รายการค่าใช้จ่ายที่จำเป็นพร้อมใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ที่ระบุรายการและราคาของสินค้าที่ได้ซื้อไปเพื่อความจำเป็นนั้น

List of necessary expenses and their original receipts, specifying their description and prices

3. สลิปจากบัตรเครดิตที่ใช้ซื้อของใช้จำเป็น

Credit card slips for purchases of necessary items

สายการบิน/เที่ยวบิน ที่เกิดเหตุ	วันที่เกิดเหตุกระเป๋าล่าช้า
Airlines/ Flights	Date of baggage delay

ระยะเวลากระเป๋าล่าช้า	เครื่องบินถึงสนามบินวันที่	เวลา	ได้รับกระเป๋าวันที่	เวลา
Duration of the delay:	Date of flight arrival	Time	Date of baggage arrival	Time

รายการค่าใช้จ่ายสิ่งของส่วนตัวที่จำเป็นที่ได้จัดซื้อ พร้อมราคา ในกรณีกระเป๋าล่าช้า
 List of necessary expenses for personal use including their prices in case of baggage delay

ส่วนที่ 6 กรณีเรียกร้องค่าชดเชยอื่น

Section 6 Other claims

เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี

Claim for

- วัน เวลา สถานที่เกิดเหตุ
Date, time and place of an accident
- รายละเอียดการเกิดเหตุ
Description of an accident
- ความเสียหายที่ได้รับ
Description of loss / damage
- สถานที่แจ้งความ ที่สถานีตำรวจ
Police station reported to
- บุคคลที่เป็นพยานเห็นเหตุการณ์
Witness(es)
- ได้รับการชดเชยค่าเสียหายแล้วจาก
Compensation received from

เป็นจำนวนเงิน
Amount

เอกสารประกอบการเรียกร้อง

Claim supporting documents