



บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Jaymart Insurance Public Company Limited

100/100 อาคารวอวანიช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทรศัพท์: +66 2 099 0555 www.jaymartinsurance.co.th
 ทะเบียนเลขที่: 0107556000060 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 0107556000060

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ การเดินทาง และทรัพย์สิน

Personal Accident, Health, Travel and Property Claim Form

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม / Advice on Claims	
<p>1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน Please fill in all information. Include the attached document for each claim at the end of each coverage. To speed up the claim.</p> <p>2. กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับ 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร Please enter the current address. And telephone contact. In case the company needs more documents for consideration. Or incomplete documentation. The company will Reply 5 business days after receiving the documents.</p> <p>3. เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังนี้ Once you have completed the form, you can submit the claim form through the following channels:</p> <p>3.1 ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยส่งตามที่อยู่ : Send via registered mail Send by address: บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (ฝ่ายสินไหมทดแทนทั่วไป) 100/100 อาคารวอวანიช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310 JAYMART INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED (General Claims Department) 100/100 Vongvanij Complex Building B, 29th Fl., Rama 9 Rd., Huaykwang, Bangkok. 10310</p> <p>3.2 ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้าประกันภัย / สำนักงานของ บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (ฝ่ายสินไหมทดแทนทั่วไป) Passed through insurance agents / brokers / offices of JAYMART INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED</p>	
<p>หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ Remark : The Company reserves the right to request that you send us any additional documents or information as necessary. Please check the accuracy and completeness of the document, Certified true copy in every copy.</p>	
ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์) / General Information (Please complete this section)	
ชื่อผู้เอาประกันภัย Full Name Insured	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง ID No./Passport No.	เพศ / เดียน / ปีเกิด sex. Date of Birth
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ / Address อาชีพ/Occupation	อีเมล / E-Mail
เบอร์มือถือ / Mobile No.	เบอร์โทรศัพท์ / Tel No.
<p>ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ชื่อบริษัท Did you claim compensation from another company <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company Name.</p>	
ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน/Receiving Claim	
<p><input type="checkbox"/> เช็คเงินสด / cheque - ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค / check in delivery _____</p> <p><input type="checkbox"/> ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร / Bank transfer system - กรุณาแนบสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ / Please attach the book bank of the insured / beneficiary.</p>	
<p>คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ 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.</p>	
(_____) ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย	(_____) วันที่
(_____) ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน	(_____) วันที่

ส่วนที่ 1 : ค่ารักษาพยาบาล/Medical Expenses ขาดเซยรายได้/ขาดเซยกระดูกแตกหัก / Compensate Income/Broken Bone ประกันภัยโรคมะเร็ง/Cancer

วันที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย เวลา วันที่พบแพทย์ครั้งแรก
 The date that the injury or illness Time Date of Doctor First Found

รายละเอียดลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุหรือลักษณะอาการเจ็บป่วย/ Details of the nature of the incident and the locale or nature of the illness.

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้ / Documents for consideration are as follows.

ค่ารักษาพยาบาล/Medical Expenses	ขาดเซยรายได้/ขาดเซยกระดูกแตกหัก / Compensate Income/Broken Bone	ประกันภัยแมโรคมะเร็ง/Cancer
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง) Original Medical Expenses Bills	<input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์ Medical Certificate	<input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองแพทย์ Copy of Medical Certificate
<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ Medical Certificate	<input type="checkbox"/> สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน Copy of Invoice or Copy of Receipt	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย Copy of ID Card
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย Copy of ID Card or Passport	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย Copy of ID Card	<input type="checkbox"/> รายงานผลชิ้นเนื้อ Biopsy Report
<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน) Certificate of Employee (Employee Insurance)	<input type="checkbox"/> ฟิล์มเอกซเรย์และการแปลผลโดยแพทย์ Film X-ray and Interpretation of medical examination results by doctor.	<input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา Treatment history
<input type="checkbox"/> เอกสารยืนยันการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง) Document of Travel confirmation (Travel Insurance)	(เฉพาะกรณีขาดเซยกระดูกแตกหัก) (Only in case of broken bone.)	

ส่วนที่ 2 : การเสียชีวิต ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ

วันที่เกิดเหตุ/Date of Loss เวลา /Time. สถานที่เกิดเหตุ/Location of Loss

กรุณาระบายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ/ Please describe the cause and nature of the accident.

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้ / Documents for consideration are as follows.

การเสียชีวิต	ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย/ID card and household registration of the insured.	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์/ Medical Certificate
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์/ID card and household registration of beneficiary.	<input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา/ Treatment history
<input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย/ death certificate of the insured.	<input type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว)/การสูญเสียอวัยวะ/Current photo (Full body) / organ loss
<input type="checkbox"/> สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ/autopsy report. (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)/(Certified copy by police officer)	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ Copy of ID card and household registration of the insured or beneficiary
<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการตาย/Death Certificate (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)/(Certified copy by police officer)	
<input type="checkbox"/> สำเนานิติประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ) Daily Report of Police (Certified copy by police officer)	

ส่วนที่ 3 : กระเป๋าเดินทางสูญหาย/เสียหาย/Loss of or damage to luggage การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง/Delay of luggage
 การล่าช้าในการเดินทาง/Delay in travel อื่น ๆ/Other.....

วันที่เกิดเหตุ/Date of Loss เวลา /Time. สถานที่เกิดเหตุ/Location of Loss

กรุณาระบายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ (กรณีกระเป๋าเดินทางล่าช้า โปรดระบุวันเวลาที่ได้รับกระเป๋า)/Please describe the cause and nature of the incident (luggage case is delayed. Please specify time. Get the bag)

กำหนดการเดินทางเดิม/Original travel schedule
 วัน(D)/เดือน(M)/ปี(Y) _____/_____/_____ เวลาออกเดินทาง/ Departure time _____ เวลามาถึง/ Arrival time _____ เที่ยวบิน/Flight _____

กำหนดการเดินทางใหม่/ New travel schedule
 วัน(D)/เดือน(M)/ปี(Y) _____/_____/_____ เวลาออกเดินทาง/ Departure time _____ เวลามาถึง/ Arrival time _____ เที่ยวบิน/Flight _____

รายละเอียดการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง/ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าในการเดินทางหรือการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง/Details of lost or damaged luggage/expenses incurred due to travel delays or luggage delays.

รายการสูญหาย/เสียหาย/ค่าใช้จ่าย (Items of loss/damage/expenses)	วัน/เดือน/ปี ที่ซื้อ (Day /month /year purchased)	ราคาที่ซื้อหรือค่าซ่อมแซม (Purchase price or repair fee)

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้ / Documents for consideration are as follows.

<input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย / Copy of passport of the Insured	<input type="checkbox"/> เอกสารแสดงการชดใช้ของผู้ขนส่งหรือเจ้าของสถานพำนัก / Indemnity document of the carrier or owner of the accommodation.
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง / Original receipt List the actual expenses.	<input type="checkbox"/> เอกสารแสดงการสำรองการเดินทางและเอกสารแสดงการเดินทางจริง / Travel reservation documents and travel documents.
<input type="checkbox"/> เอกสารรายงานความเสียหายหรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง / Damage or loss report issued by police / owner of the accommodation / airline or transport company.	
<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีมีการล่าช้าของการเดินทางหรือกระเป๋าเดินทาง, การยกเลิกหรือลดจำนวนวันเดินทาง ให้ระบุเหตุผลและระยะเวลา) Certificate of Airline (In case of delay of travel or luggage, cancellation or reduction of travel time Specify reason and duration)	

ส่วนที่ 4. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทรัพย์สิน / Property Insurance Claim Form				
วันที่เกิดเหตุ Date of loss or damage		เวลาที่เกิดเหตุ Time of loss or damage		
สถานที่เกิดเหตุ Location of loss or damage				
รายละเอียดการเกิดเหตุ/ Circumstance of loss or damage				
ในกรณีที่ทรัพย์สินที่เอาประกันสูญหายหรือถูกโจรกรรม /In case of theft or burglary loss				
มีร่องรอยของการงัดแงะปรากฏหรือไม่ หากมีปรากฏที่ใด Was there any sign of forcible or violent entry to or exit from the premise? If yes, please specify location.				
มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจใด Which police station was the loss report to?				
รายละเอียดความเสียหาย/ Details of loss or damage				
รายการทรัพย์สินที่เสียหาย Lost / Damage item	ปริมาณ Quantity	ลักษณะความเสียหาย Nature of loss or damage	วันที่ซื้อ Date of purchase	มูลค่าที่เรียกร้อง Amount of claim (Baht)

ข้าพเจ้า, บริษัทฯ ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I, We hereby confirm the above statement are correctly given.