อินทรประกันภัย
IN-SURE

บริษัท อินทรประกันภัย จำกัด (มหาชน)
INDARA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
315 อาคารไทยกรุ๊ป ชั้น 3-4 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
315 Thai Group Bldg. 3-4 Fl., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107537000394
ศูนย์ดูแลลูกค้า / Customer Service ✆ 0 2636 5656 | www.indara.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการเดินทาง Travel Claim Form

☐ ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses
☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total Permanent Disability
☐ ชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล Compensate for hospital income
☐ อื่น ๆ Other .....
☐ เสียชีวิต Accidental Death
☐ สูญเสียอวัยวะ Dismemberment
☐ เสียหายจากการเดินทาง Damage from travel

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured Information

ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Insured Name .....

เพศ Sex ☐ชาย Male ☐หญิง Female อายุ Age .....ปี Yrs วันเดือนปีเกิด Date of Birth ...../...../.....

หมายเลขบัตรประชาชน / หมายเลขหนังสือเดินทาง ID / Passport Number .....

กรมธรรม์เลขที่ Policy No ..... โทรศัพท์ Telephone .....

Email ..... Line ID .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address .....

ประเทศที่เดินทาง Travelling Destination .....

วันที่ออกเดินทาง Date of departure ...../...../..... วันที่เดินทางกลับ Date of return ...../...../.....

2. กรณีบาดเจ็บ / เจ็บป่วย For Accident / Illness

2.1 กรณีอุบัติเหตุ For Accident

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Accident Date ...../...../..... เวลา Time ..... สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of accident .....

..... รายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ Cause of accident, please description.....

.....

อาการบาดเจ็บ อวัยวะที่บาดเจ็บ Injured organs.....

มีการแจ้งความหรือไม่ Alert the police ☐ไม่มี No ☐มี Yes สถานีตำรวจ Police Station.....

วันที่ Date ...../...../.....

2.2 กรณีเจ็บป่วย For Illness

อาการเจ็บป่วย Symptoms .....

วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย First date of symptoms ...../...../..... โรคประจำตัว Underlying Disease.....

เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่ When did you know?..... รักษาที่ใด Where treatment?.....

2.3 การรักษาพยาบาล Treatment information

ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name.....

☐ผู้ป่วยนอก (OPD) วันที่รักษา Visit Date ...../...../.....

☐ผู้ป่วยใน (IPD) วันที่รับการรักษา Admission Date ...../...../..... วันที่ออก Discharge Date ...../...../.....

อุบัติเหตุ / เจ็บป่วย ครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ Has this accident or illness ever been preserved?

☐ไม่เคย No ☐เคย Yes รักษาที่ Where of treatment.....

เมื่อวันที่ Date of treatment ...../...../..... (โปรดแนบการรักษา Please, attached documents)

2.4 กรณีมีประกันอื่นๆ ที่ครอบคลุมเหตุการณ์นี้กรุณาระบุ Do you have other insurance covering this incident?

☐ไม่มี No ☐มี (กรุณาระบุ) Yes (Please specify) ชื่อบริษัท Company name .....

เลขที่กรมธรรม์ Policy number .....

3. กรณีเสียหายจากการเดินทาง Damage from travel

☐ ความล่าช้าของการเดินทาง
Flight Delay

☐ ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง
Baggage Delay

☐ ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก
Personal Liability

☐ การจี้เครื่องบิน
Hijacking

☐ การพลาดต่อเที่ยวบิน
Missed Connecting Flight

☐ การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง
Trip Cancellation or postponement or Trip Curtailment

☐ การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และทรัพย์สินส่วนตัว
Loss or Damage of Baggage or Personal property in the baggage

☐ การสูญเสียของเงิน หนังสือเดินทาง และเอกสารเดินทาง
Loss or Damage of Money and Travel document

☐ อื่นๆ Other……..

3.1 สายการบิน หรือ สถานที่ ที่เกิดเหตุ Airline or location with incident .....

วันที่เกิดเหตุ Date of Incident ……../……/…….. เวลา Time .....

เวลาออกเดินทาง Departure Time ..... เวลาถึงจุดหมาย Arrival Time .....

3.2 มีหนังสือรับรองจากสายการบิน หรือโรงแรม

☐มี Yes ☐ไม่มี No (Please provide the reason) .....

3.3 การเกิดเหตุเกิดขึ้นอย่างไร How did the incident occur? …….....

4. ข้อมูลบัญชีธนาคารรับโอนค่าสินไหมทดแทน Bank account information for receiving compensation

ประเภทบัญชี Bank Account Type ..... ธนาคาร Bank Name .....

สาขา Branch .....

ชื่อบัญชี Account Name ..... เลขที่บัญชี Account No .....

การโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระผิดชอบของข้าพเจ้า
Any charges incurred when transferring money to a bank account will be my responsibility.

พร้อมกันนี้ให้สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ / กระแสรายวัน / เผื่อเรียก ของผู้เอาประกันภัย
Copy of Passbook in Thailand

● ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง และตกลงยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมถึงประวัติทางการแพทย์ ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) สมาคมประกันวินาศภัยไทย สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยและ/หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตกลงยินยอมให้หน่วยงานต่างๆ ดังกล่าวเปิดเผยข้อมูลนั้นมายังบริษัทเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ยกเลิก เพิกถอนการให้ความยินยอมดังกล่าว และจะไม่ใช้สิทธิใดๆ ฟ้องร้อง หรือเรียกร้องเอาจากบริษัท ทั้งทางแพ่งและทางอาญา อันเนื่องมาจากการที่บริษัทได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น ● I hereby certify that all statements herein are true and correct. I consent to the Company disclosing my information, including my medical history, to the Office of Insurance Commission (OIC), Thai General Insurance Association (TGIA), medical institutions, insurance companies, and/or any relevant authorities. I further authorize such parties to disclose such information to the Company for the purpose of claim consideration or any services related to the insurance policy. I agree not to revoke such consent and waive any right to bring any civil or criminal claim against the Company in connection therewith. ● ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทแจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE, SMS) หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ● I hereby, agree and accept Indara Insurance to inform claim consideration by electronics (E-MAIL, LINE, SMS) or other avenues provided by law.

ลงชื่อ Sign .....
ผู้เอาประกันภัย Insured name
(.....)
วันที่ Date ...../...../.....

ลงชื่อ Sign .....
ผู้กระทำการแทน Authorized representative
(.....)
วันที่ Date ...../...../.....
โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship
.....

สแกนเพื่อดูเอกสารประกอบการเบิกสินไหม (ประกันเดินทางต่างประเทศ)

ช่องทางยื่นเอกสารสินไหม

ที่อยู่จัดส่งเอกสารตัวจริง : ฝ่ายสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ บริษัทอินทรประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 184 อาคารอรุณ ชั้น 10 ถนนสุรวงศ์ แขวงสี่พระยา เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500