



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-025

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

Insured's Information

กรมธรรม์ประกันภัยเทเวศ ทราเวล พลัส

Deves Travel Plus Insurance

รายละเอียดผู้เอาประกันภัยและการเดินทาง INSURED AND TRAVEL DETAILS

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured's Name)

หนังสือเดินทางเลขที่ (Passport No.)บัตรประชาชนเลขที่ (ID No.)

กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.)

อาชีพ (Occupation)สถานที่ทำงาน (Office)

ที่อยู่สถานที่ทำงาน (Address Office)

.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (Address)

.....

โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone)..... (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูลผ่านระบบ SMS)

วันที่ออกเดินทางจากประเทศไทย (Date of departure from Thailand)

วันที่กลับมายังประเทศไทย (Date of return to Thailand)

เดินทางไปยังประเทศ (Overseas Destination (s)).....

ท่านเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่ เคย (Yes) ไม่เคย (No)

(Have You made any previous claims in respect of travel insurance?)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไบสัทยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Insurance Company 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.

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ยินยอม/Insured/Authorized person ลงนาม.....พยาน/Witness

()

()

วันที่/date.....เดือน/month.....พ.ศ./year.....

วันที่/date.....เดือน/month.....พ.ศ./year.....



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-025

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

กรุณาระบุประเภทของสินไหมที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้

Please indicate which benefits you are claiming for under your policy

ส่วน A (SECTION A)	<input type="checkbox"/> การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Loss of life due to accident	<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ สายตา จากอุบัติเหตุ Dismemberment due to accident	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ Permanent disability due to accident
	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses	<input type="checkbox"/> บริการช่วยเหลือฉุกเฉินทางการแพทย์ / บริการส่งศพกลับประเทศ Emergency Medical Assistant / Repatriation of Mortal Remains Service	
	<input type="checkbox"/> การชดเชยเงินสตรระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล Hospital Benefit Compensation for being hospitalized as an Inpatient		
ส่วน B (SECTION B)	<input type="checkbox"/> บริการช่วยเหลือผู้เดินทาง Traveler Assistant Service	<input type="checkbox"/> ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก Third Party Liability	<input type="checkbox"/> การเดินทางหยุดชะงัก / การจี้เครื่องบิน Traveling Interruption / Hijacking
	<input type="checkbox"/> การยกเลิกการเดินทาง Trip Cancellation	<input type="checkbox"/> การเดินทางล่าช้า Trip Delay	<input type="checkbox"/> การพลาดการต่อเที่ยวบิน Missing the Connecting Flight
	<input type="checkbox"/> การสูญหาย/เสียหายของสัมภาระหรือทรัพย์สินส่วนตัว Loss of or damage to personal belonging or effects	<input type="checkbox"/> ความล่าช้าของสัมภาระ Delay of Luggage	<input type="checkbox"/> การสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารการเดินทาง Loss of Money or Traveling Document



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-025

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากสาเหตุ ส่วน A

Claim Details of Section A

การเรียกร้องค่าทดแทนนี้ เป็นผลมาจากอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย Have you suffer from Accident or illness?

อุบัติเหตุ Accident เจ็บป่วย Illness

วันเกิดเหตุ Loss occurred date

ประเทศ และสถานที่เกิดเหตุ Country and Place of Incident

ประเทศ Country

สถานที่ Place

ระบุสาเหตุและรายละเอียดของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วยการดังกล่าว

Please provide the cause and details of the injury or illness

วันที่เข้าทำการรักษา Date of admission to hospital

จำนวนวันที่เข้าทำการรักษา Length of stay (days)

กรุณาระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง

Please provide the details of all medical expenses or other expenses which you wish to be reimbursed

หมวดความคุ้มครองที่ท่านต้องการเรียกร้อง Coverage which you are claiming	รายการที่เรียกร้อง Nature of Expenses	ชื่อโรงพยาบาล / แพทย์ Name of Hospital / Doctor	จำนวนเงิน Amount
รวม Total			

อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนี้เคยเกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่

Has the injury or illness occurred before?

เคย Yes ไม่เคย No

ปัจจุบันอยู่ระหว่างรักษาหรือรับประทานยาหรือไม่

Are you currently on medical treatment / medication?

เคย Yes ไม่เคย No

กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยดังกล่าวที่ท่านได้รับในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา

Please provide the details of your previous treatment for similar illness you wish received form a doctor in the last 3 years

ชื่อโรงพยาบาล / แพทย์ Name of Hospital / Doctor	วันที่รับการรักษาหรือแนะนำ Date of treatment or Advice	ลักษณะของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย Nature of injury or illness	ลักษณะการรักษา / การให้ยา Nature of treatment / Medication

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

หากท่านสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากหน่วยงานอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

Has If you are able to obtain medical expenses reimbursement from any other source, please provide details.

หน่วยงาน : Source	จำนวนเงิน : Amount

กรุณาระบุชื่อโรงพยาบาล / แพทย์ในประเทศไทยที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ

Please provide the name of Hospital / Doctor in THAILAND which you usually on medical treatment

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้
IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS THE CLAIM

ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน โดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์

The Insured / Beneficiary must provide the following evidences to the company by their own expense

กรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากเสียชีวิต

In the event of death claim

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Notification of Death Claim Form
- สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย
หรือหลักฐานการเดินทาง
Passport of the covered person(s) or evidence
of traveling
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา
ทะเบียนบ้านประเภท "ตาย" ของบุคคลผู้เอาประกันภัย
Identification Card and Census Registration
("Died" stamped) of the covered person(s) (copy)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียน
บ้านของผู้รับประโยชน์
Identification Card and Census Registration of
the beneficiary (copy)
- สำเนาบันทึกระงับจำวันของตำรวจ
Police Report (copy)
- ใบมรณบัตร
Death Certificate
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ
Post Mortem Examination (copy)

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ทุพพลภาพถาวร

สิ้นเชิง หรือการสูญเสียอวัยวะ สายตา

Permanent disability or dismemberment or

blindness due to Accident Claim

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Claim Form
- สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย
หรือหลักฐานการเดินทาง
Passport of the covered person(s) or
evidence of traveling
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา
ทะเบียนบ้านของบุคคลผู้เอาประกันภัย
Identification Card and Census Registration
of the covered person(s) (copy)
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวร
สิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ
Physician Report stated the permanent
disability or dismemberment
- สำเนาบันทึกระงับจำวันของตำรวจ
Police Report (copy)
- รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
Picture of dismemberment or blindness

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

Medical Treatment claim

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Claim Form
- สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย
หรือหลักฐานการเดินทาง
Passport of the covered person(s) or
evidence of traveling
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา
ทะเบียนบ้านของบุคคลผู้เอาประกันภัย
Identification Card and Census Registration
of the covered person(s) (copy)
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย
และการรักษา
Physician report stating the symptoms,
diagnosis and treatment report
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย
หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน
Original receipt stating the lists of expenses
or cover page with the receipt



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-025

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากสาเหตุ ส่วน B

Claim Details of Section B

วันเกิดเหตุ Loss occurred date

เวลา time

ประเทศ และสถานที่เกิดเหตุ Country and Place of Incident

ประเทศ Country

สถานที่ Place

ระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด

Please state in full exactly what has happened

ท่านได้ดำเนินการแจ้งความต่อตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ

เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่

Was this incident reported to the police or other responsible authority?

ใช่ Yes ไม่ใช่ No

ถ้าใช่ กรุณาระบุสถานีตำรวจ หรือหน่วยงาน

If yes, please indicate the police or other authority

ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน :
 Name and Address of authority:

ถ้าไม่ใช่ กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้แจ้งความ

If no, please provide the reason why this was not reported



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-025

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

การเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากสัมภาระล่าช้า Delay of Luggage Claim Details

วัน/เวลาที่เดินทางถึงจุดหมาย

Date/Time you arrived at your destination

กรุณายืนยันวัน/เวลาที่แน่นอนที่ท่านได้รับสัมภาระคืน

Please confirm the actual date and time your Luggage was recovered

กรุณายืนยันวัน/เวลาที่แน่นอนที่สัมภาระล่าช้า

Please confirm the actual number of hours and minutes your Luggage was delayed

กรุณาระบุเหตุผลที่ล่าช้า

What was the reason given for the cause of the Luggage delay

ถ้าเดินทางด้วยเครื่องบิน กรุณาระบุเที่ยวบิน

If traveling by plane, what was your flight number?

การเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากการยกเลิกการเดินทาง Trip Cancellation Claim Details

กรุณาระบุวัน/เวลาที่ท่านแจ้งยกเลิกการเดินทาง

Please advise the Date/Time on which you canceled your trip

กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านแจ้งยกเลิกการเดินทาง

Please describe the reason which have caused you to cancel your trip

ท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่นหรือไม่

Have you are received any payment from other source?

มี Yes ไม่มี No

หากท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

Has If you are able to obtain any payment from other source, please provide details.

หน่วยงาน : Source

จำนวนเงิน : Amount



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-025

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการสูญหาย/เสียหายทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง

Please provide the details of all lost or damage which you wish to be reimbursed

รายละเอียด Description	เจ้าของ Owner of Item	ราคา Price	วัน / สถานที่ซื้อ Date / Place of Purchase	จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหม Amount Claimed
รวม Total				

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้

IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS THE CLAIM

ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน โดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์

The Insured / Beneficiary must provide the following evidences to the company by their own expense

กรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากการสูญหาย การสูญเสียบหรือเสียหายของทรัพย์สิน และกรณีอื่นๆ (ส่วน B)

Property Loss or Damage and Other Claim (SECTION B)

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
Completed Claim Form
- สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง
Passport of the covered person(s) or evidence of traveling (copy)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย)
Physician report (in the event of injury or illness)
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ
Original medical expense receipt
- สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ
Police Report (copy)
- เอกสารยืนยันความเสียหายต่างๆ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง
Confirming documents from any party concerned
- เอกสารแสดงราคาค่าเสียหายอื่นๆ (ถ้ามี)
Other quotation, invoice or receipt (if any)
- เอกสารเรียกร้องค่าเสียหายจากบุคคลภายนอก (ถ้ามี)
Claims notification from third party (if any)
- เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องการสูญหาย สูญเสีย หรือเสียหาย
ในครั้งนั้นๆ (ถ้ามี)
Any other documents (if any)