



## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเทเวศ Privilege Travel

Insured's Information

Deves Privilege Travel Insurance (Credit Card)

### 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)..... (โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูลผ่านระบบ 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 โยสัทยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัทประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน 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/ผู้อนุญาต/Insured/Authorized person

ลงนาม.....พยาน/Witness

( )

( )

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

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



ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

**กรุณาระบุประเภทของสิทธิใหม่ที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้**

**Please indicate which benefits you are claiming for under your policy**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <b>ส่วน A</b><br/>         (SECTION A)       </div> | <input type="checkbox"/> การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ<br>Loss of life due to accident   | <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ สายตา<br>จากอุบัติเหตุ<br>Dismemberment due to accident | <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง<br>จากอุบัติเหตุ<br>Permanent disability due to accident   |
|  | <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล<br>Medical Expenses  |  |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <b>ส่วน B</b><br/>         (SECTION B)       </div> | <input type="checkbox"/> การเดินทางล่าช้า<br>Flight Delay  | <input type="checkbox"/> ความล่าช้าของกระเป๋า<br>เดินทาง<br>Baggage Delay                      | <input type="checkbox"/> การสูญหาย/เสียหายของกระเป๋า<br>เดินทางและ/หรือทรัพย์สินส่วนตัว<br>Loss of or damage to<br>Baggage and/or personal effects |
|  | <input type="checkbox"/> ค่าซ่อมแซมหรือเปลี่ยนทรัพย์สินหรือ<br>เงินชดเชยค่าเสียหายสำหรับการซื้อ<br>สินค้าและชำระด้วยบัตรเครดิต<br>Cost of repairs or replacement of property damaged |  |  |



**รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากสาเหตุ ส่วน A**

**Claim Details of Section A**

การเรียกร้องค่าทดแทนนี้เป็นผลมาจากอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย Have you suffer from Accident or illness?

อุบัติเหตุ Accident

เจ็บป่วย Illness

วันเกิดเหตุ Loss occurred date

ประเทศและสถานที่เกิดเหตุ 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<br>Coverage which you are claiming | รายการที่เรียกร้อง<br>Nature of Expenses | ชื่อโรงพยาบาล และ แพทย์<br>Name of Hospital and Doctor | จำนวนเงิน<br>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 และ แพทย์<br>Name of Hospital and Doctor | วันที่รับการรักษาหรือแนะนำ<br>Date of treatment or Advice | ลักษณะของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย<br>Nature of injury or illness | ลักษณะการรักษา / การให้ยา<br>Nature of treatment / Medication |
|--|---|---|---|
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |

หากท่านสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

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

หน่วยงาน / บริษัท: Source

จำนวนเงิน : Amount

**เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้**  
**IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS THE CLAIM (Section A)**

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 และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของบุคคลผู้เอาประกันภัย  
Identification Card and Census Registration ("Died" stamped) of the covered person(s) (copy)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์  
Identification Card and Census Registration of the beneficiary (copy)
- สำเนาบันทกประจำวันของตำรวจ  
Police Report (copy)
- โฉมรณบัตร  
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 และสำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลผู้เอาประกันภัย  
Identification Card and Census Registration of the covered person(s) (copy)
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวร สิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ  
Physician Report stated the permanent disability or dismemberment
- สำเนาบันทกประจำวันของตำรวจ  
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 และสำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลผู้เอาประกันภัย  
Identification Card and Census Registration of the covered person(s) (copy)
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลวินิจฉัย 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 เดวีสประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 97 และ 99 อาคารเดวีสประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง  
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200  
 โทร : 0 2080 1599 สายด่วน 1291 โทรสาร : 0 2280 0399  
 www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY  
 99, 97 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang  
 Borwornives, Phranakorn, Bangkok 10200  
 Tel : 0 2080 1599 Hotline: 1291 Fax : 0 2280 0399  
 www.deves.co.th

F-NC-035

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

**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

ท่านได้ดำเนินการแจ้งความต่อตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่

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



ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

**กรณีเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากการล่าช้าของเที่ยวบิน (Flight Delay)**

|                      |                      |                       |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| วันที่เกิดเหตุล่าช้า | <input type="text"/> | สายการบินที่ล่าช้า    | <input type="text"/> |
| Date of Delay        |                      | Delayed airlines      |                      |
| เที่ยวบินที่         | <input type="text"/> | หมายเลข Boarding Pass | <input type="text"/> |
| Flight No.           |                      | Boarding Pass No.     |                      |

กรุณาระบุสาเหตุที่สายการบินเกิดความล่าช้า  
 Please describe the reasons / causes of delay

|   |        |                      |      |                      |
|---|--------|----------------------|------|----------------------|
| สายการบินที่ล่าช้า กำหนดการจริงออกเดินทาง | วันที่ | <input type="text"/> | เวลา | <input type="text"/> |
| Original flight schedule                  | date   |                      | Time |                      |
| เหตุล่าช้าทำให้ออกเดินทาง                 | วันที่ | <input type="text"/> | เวลา | <input type="text"/> |
| New flight schedule                       | date   |                      | Time |                      |

**กรณีเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage Delay Claim Details) หรือ การสูญหาย/เสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว (Loss of or damage to Baggage and/or personal effects)**

วัน/เวลาที่เดินทางถึงจุดหมาย

Date/Time you arrived at your destination

|  |                      |  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|
| วันที่เกิดเหตุ   | <input type="text"/> | สายการบิน และ เที่ยวบินที่เกิดเหตุ   | <input type="text"/> |
| Date of baggage delay or loss or damage                            |                      | Airlines and Flights no.   |                      |
| กรุณายืนยันวันเวลาที่แน่นอนที่ท่านได้รับกระเป๋าคืน                 |                      | กรุณายืนยันระยะเวลาที่กระเป๋าล่าช้า หรือ เสียหาย/สูญหาย                                    |                      |
| Please confirm the actual date and time your Luggage was recovered |                      | Please confirm the actual number of hours and minutes your Luggage delay or loss or damage |                      |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/>   |                      |

กรุณาระบุเหตุผลที่ล่าช้า หรือ เสียหาย/สูญหาย  
 What was the reason given for the cause of the Luggage delay or loss or damage

รายการค่าใช้จ่ายสิ่งของที่เป็นที่ได้อัดซื้อ พร้อมราคา ในกรณีกระเป๋าล่าช้า หรือ เสียหาย/สูญหาย

List of necessary expenses for personal use including their prices in case of baggage delay or loss or damage

| รายละเอียด<br>Description | เจ้าของ<br>Owner of Item | ราคา<br>Price | วัน / สถานที่ซื้อ<br>Date / Place of Purchase | จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหม<br>Amount Claimed |
|---------------------------|--------------------------|---------------|---|---|
|                           |                          |               |   |   |
|                           |                          |               |   |   |
|                           |                          |               |   |   |
|                           |                          |               |   |   |
|                           |                          |               | รวม Total                                     |   |



ท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่นหรือไม่  มี Yes  ไม่มี No

Have you are received any payment from other source?

หากท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

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

หน่วยงาน / บริษัท : Source

จำนวนเงิน : Amount

**กรณีเรียกร้องค่าสินไหมค่าซ่อมแซมหรือเปลี่ยนทรัพย์สินหรือ เงินชดเชยค่าเสียหายสำหรับการซื้อสินค้าและชำระด้วยบัตรเครดิต  
 (Cost of repairs or replacement of property damaged)**

วัน เวลา ที่เกิดเหตุ

Date, Time of Loss occurred

สถานที่เกิดเหตุ

Place of Incident

กรุณาระบุรายละเอียดการเกิดเหตุ

Description of incident

กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการสูญหาย/เสียหายทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง

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

| รายละเอียด<br>Description | เจ้าของ<br>Owner of Item | ราคา<br>Price | วัน / สถานที่ซื้อ<br>Date / Place of Purchase | จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหม<br>Amount Claimed |
|---------------------------|--------------------------|---------------|---|---|
|                           |                          |               |   |   |
|                           |                          |               |   |   |
|                           |                          |               |   |   |
|                           |                          |               |   |   |
| รวม Total                 |                          |               |   |   |

ท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่นหรือไม่  มี Yes  ไม่มี No

Have you are received any payment from other source?

หากท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

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

หน่วยงาน / บริษัท : Source

จำนวนเงิน : Amount



**เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้**  
**IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS THE CLAIM (Section B)**

ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน โดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์  
 The Insured / Beneficiary must provide the following evidences to the company by their own expense

กรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากการสูญหาย การสูญเสียวหรือเสียหายของทรัพย์สิน และกรณีอื่นๆ

Property Loss or Damage and Other Claim

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
Completed Claim Form
- สำเนาหนังสือเดินทางของบุคคลผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง  
Passport of the covered person(s) or evidence of traveling (copy)
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย  
Original receipt stating the lists of expenses
- สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ  
Police Report (copy)
- เอกสารยืนยันความเสียหายต่างๆ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง  
Confirming documents from any party concerned
- รูปถ่ายของทรัพย์สินที่เสียหาย  
Photograph of damage
- เอกสารแสดงราคาเสียหายอื่นๆ (ถ้ามี)  
Other quotation, invoice or receipt (if any)
- เอกสารเรียกร้องค่าเสียหายจากบุคคลภายนอก (ถ้ามี)  
Claims notification from third party (if any)
- เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องการสูญหาย สูญเสีย หรือเสียหายในครั้งนั้นๆ (ถ้ามี)  
Any other documents (if any)