



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย 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-036

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

Insured's Information

กรมธรรม์ประกันภัยเดินทางต่างประเทศส่วนบุคคล

Deves Individual International Travel 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)..... (โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูลผ่านระบบ SMS)

วันที่ออกเดินทางจากประเทศไทย (Date of departure from Thailand)

วันที่กลับมาถึงประเทศไทย (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 และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อบริษัทประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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.....



ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

กรุณาระบุประเภทของสินไหมที่ท่านจะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์นี้

Please indicate which benefits you are claiming for under your policy

<p>ส่วน A (SECTION A)</p>	<p><input type="checkbox"/> การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Loss of life due to accident</p>	<p><input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ สายตา จากอุบัติเหตุ Dismemberment due to accident</p>	<p><input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ Permanent disability due to accident</p>
	<p><input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses</p>	<p><input type="checkbox"/> บริการช่วยเหลือฉุกเฉินทางการแพทย์ / บริการส่งศพกลับประเทศ Emergency Medical Assistant / Repatriation of Mortal Remains Service</p>	
	<p><input type="checkbox"/> การชดเชยรายวันสำหรับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในต่างประเทศ Hospital Benefit Compensation for being hospitalized as an Inpatient</p>		
<p>ส่วน B (SECTION B)</p>	<p><input type="checkbox"/> บริการช่วยเหลือผู้เดินทาง Traveler Assistant Service</p>	<p><input type="checkbox"/> ความรับผิดชอบต่อ บุคคลภายนอก Third Party Liability</p>	<p><input type="checkbox"/> การเดินทางหยุดชะงัก / การจี้ เครื่องบิน Traveling Interruption / Hijacking</p>
	<p><input type="checkbox"/> การเดินทางล่าช้า Flight Delay</p>	<p><input type="checkbox"/> การพลาดการต่อเที่ยวบิน Missing the Connecting Flight</p>	<p><input type="checkbox"/> ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง Delay of Luggage</p>
	<p><input type="checkbox"/> การสูญหาย/เสียหายของกระเป๋าเดินทาง หรือทรัพย์สินส่วนตัว Loss of or damage to Luggage or personal belonging or effects</p>	<p><input type="checkbox"/> การสูญหายของเงินส่วนตัว / เช็คเดินทาง / เอกสารการ เดินทาง Loss of Money / Check or Traveling Document</p>	<p><input type="checkbox"/> การสูญเสียบรรยากาศหรือเสียหายของ ทรัพย์สินภายในบ้าน Home Contents Protection</p>
	<p><input type="checkbox"/> การเรียกร้องค่าชดเชยอื่นๆ Other claims</p>		



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย 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-036

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

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



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 และสำเนา
ทะเบียนบ้านประทับ "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)
- สำเนาบันทกัประจำวันของตำรวจ
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
- สำเนาบันทกัประจำวันของตำรวจ
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 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-036

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) / การพลาดการต่อเที่ยวบิน (Missing the Connecting Flight) / การเดินทางหยุดชะงัก / การจี้เครื่องบิน (Traveling Interruption / Hijacking)

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

กรุณาระบุสาเหตุที่สายการบินเกิดความล่าช้า
 Please describe the reasons / causes of delay

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

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมเนื่องมาจากความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Delay of Luggage) / การสูญหาย/เสียหายของกระเป๋าเดินทาง หรือทรัพย์สินส่วนตัว (Loss of or damage to Luggage or personal belonging or effects) / การสูญหายของเงินส่วนตัว/เช็คเดินทาง/เอกสารการเดินทาง (Loss of Money or Check or Traveling Document)

วัน/เวลาที่เดินทางถึงจุดหมาย
Date/Time you arrived at your destination

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

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



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย 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-036

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

รายการทรัพย์สินที่เสียหาย/สูญหาย

List of loss of property or property damage

รายละเอียด Description	วัน / สถานที่เกิดเหตุ Date / Place of Loss occurred	ราคา Price
	รวม Total	

รายการค่าใช้จ่ายสิ่งของที่จำเป็นที่ได้จัดซื้อ 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 Description	เจ้าของ Owner of Item	ราคา Price	วัน / สถานที่ซื้อ Date / Place of Purchase	จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหม 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
----------------------------	--------------------



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย 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-036

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมกรณีการสูญเสียบหรือความเสียหายของทรัพย์สินภายในบ้าน (Home Contents Protection)

วัน เวลา ที่เกิดเหตุ

Date, Time of Loss occurred

สถานที่เกิดเหตุ

Insured Location

กรณาระบุรายละเอียดการเกิดเหตุ

Description of incident

กรณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการสูญหาย/เสียหายทั้งหมดที่ท่านต้องการเรียกร้อง

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

รายละเอียดทรัพย์สิน Description of property insured	สาเหตุที่เกิดภัย Caused of Loss	จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหม Amount Claimed
รวม Total		

ท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่นหรือไม่

Have you are received any payment from other source?

มี Yes

ไม่มี No

หากท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณาระบุรายละเอียด

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

หน่วยงาน / บริษัท : Source

จำนวนเงิน : Amount



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย 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-036

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมกรณีอื่น ๆ (Other Claims)

วัน เวลา ที่เกิดเหตุ

Date, Time of Loss occurred

สถานที่เกิดเหตุ

Place of Incident

กรณารายละเอียดเหตุการณ์เกิดเหตุ

Description of incident

กรณารายละเอียดเกี่ยวกับการสูญหาย/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				

ท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงานอื่นหรือไม่

มี Yes

ไม่มี No

Have you are received any payment from other source?

หากท่านได้รับการชดเชยจากหน่วยงาน / บริษัทอื่น กรุณารายละเอียด

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 การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สิน และกรณีอื่นๆ

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)
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย
Original receipt stating the lists of expenses
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ
Original medical expense receipt
- ใบเสนอราคา / ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
Purchase Order / Original receipt for Claim of Home Contents Protection
- สำเนาบ้นที่ประจำวันของตำรวจ
Police Report (copy)
- เอกสารยืนยันความเสียหายต่างๆ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง
Confirming documents from any party concerned
- รูปถ่ายของทรัพย์สินที่เสียหาย (ที่ชัดเจน)
Photograph of damage
- สำเนาทะเบียนบ้าน
Copy of House Registration
- เอกสารแสดงราคาเสียหายอื่นๆ (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)
- สำเนากรมธรรม์
Insurance Policy (if any)