ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพถาวร (อบ.1) อันเนื่องมาจาก	
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป	250,000
1.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	125,000
1.3 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	125,000

ตารางความคุ้มครอง อบ1

1	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับการเสียชีวิต
2	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
3	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
4	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
5	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาหนึ่งข้าง
6	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาหนึ่งข้าง
7	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
8	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
9	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับสายตาหนึ่งข้าง

CHUBB
ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด มหาชน

แบบฟอร์ม Checklist เอกสารที่จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณาสินไหม

กรณี ทุพพลภาพถาวร หรือการสูญเสียอวัยวะ

- ❑ แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของ CHUBB
- ❑ เอกสารรับรองการเป็นสมาชิกของทุนสำรองเลี้ยงชีพของ บลจ.ทหารไทย
- ❑ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย
- ❑ ใบรับรองแพทย์
- ❑ ประวัติการรักษาพยาบาล
- ❑ รูปถ่ายเต็มตัว / รูปถ่ายการสูญเสียอวัยวะ
- ❑ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย ประเภทออมทรัพย์ (หน้าแรก)

กรณี เสียชีวิต

- ❑ แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของ CHUBB
- ❑ เอกสารรับรองการเป็นสมาชิกของทุนสำรองเลี้ยงชีพของ บลจ.ทหารไทย
- ❑ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของ ผู้เอาประกันภัย
- ❑ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของ ผู้รับผลประโยชน์
- ❑ สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย
- ❑ สำเนาหนังสือรับรองการเสียชีวิต (จากโรงพยาบาล)
- ❑ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)
- ❑ สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)

CHUBB
ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด มหาชน

• เอกสารเรียกร้องค่าสินไหมจัดส่งทางไปรษณีย์

ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยส่งตามที่อยู่ : หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ
เลขที่ 274 บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารชับบ์ ชั้น 12 โครงการนอร์ธปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

- แผนกสินไหมทดแทน
- อีเมล์: ClaimmailA&H@Chubb.com
- เบอร์ติดต่อ 02-555-9411
- คุณธีรพร แสงจันทร์

- ศูนย์บริการลูกค้า บริษัท ชับบ์ สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
- โทร 02-611-4000
- อีเมล customerservice.th@chubb.com
- วันทำการ จันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)
- เวลาทำการ 8.30-17.30 น.

CHUBB®

Chubb Samaggi Insurance PCL.
2/4 Chubb Tower, 12th Fl.,
Northpark Project,
Vibhavadi-Rangsit Rd.,
Thung Song Hong, Laksi,
Bangkok 10210

บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2/4 อาคารชับบ์ ชั้นที่ 12 โครงการนอร์ธปาร์ค
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
ทะเบียนเลขที่/Registration No. 0107537001510
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537001510

O +66 0 2555 9100
F +66 0 2955 0147
www.chubb.com/th

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และ การเดินทาง

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
2. กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
3. เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังนี้

   3.1 ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยส่งตามที่อยู่ : หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ

   เลขที่ 2 / 4 บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารชับบ์ ชั้น 12 โครงการนอร์ธปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

   3.2 ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้าประกันภัย / ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขา / สำนักงานสาขา ของบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เอาประกันภัย		**กรมธรรม์เลขที่**
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ / Passport No	**เพศ**	**วัน / เดือน / ปีเกิด**
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้		
อาชีพ	**อีเมล์ที่ติดต่อได้**	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ		**เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน**
ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัยและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน	**ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่**	
โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์	**ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท**	
สำหรับประกันภัยการเดินทางผู้ถือบัตร SCB PRIVATE & FIRST CARD	**โปรดระบุเลขที่บัตรเครดิต**	

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

☐ **เช็คเงินสด**

- **ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค** _____

☐ **ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร**

- **สำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ธนาคารไทยพาณิชย์ของผู้เอาประกันภัย**

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ให้กับบริษัทประกันภัยรายอื่นและ / หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง

ค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า

มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

_____	_____	_____	_____
ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย	วันที่	ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน	วันที่

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง	สาขา / ช่องทาง .....
โทรศัพท์	วันที่ .....

ส่วนที่ 1 : ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ชดเชยรายได้ / ชดเชยกระดูกแตกหัก ☐ ประกันภัยโรคมะเร็ง

วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน / เดือน / ปี) / / เวลา วันที่พบแพทย์ครั้งแรก / /

กรณีได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล

- ☐ ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง)
- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้เอาประภัย
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย
- ☐ หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)
- ☐ เอกสารยืนยันการเดินทาง (กรณีประกันการเดินทาง)

ชดเชยรายได้ / ชดเชยกระดูกแตกหัก

- ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
- ☐ ฟิล์มเอกซเรย์และการแปลผลโดยแพทย์ (เฉพาะกรณีชดเชยกระดูกแตกหัก)

ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง

- ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
- ☐ รายงานผลชิ้นเนื้อ
- ☐ ประวัติการรักษา

ส่วนที่ 2 : ☐ การเสียชีวิต ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ☐ การสูญเสียอวัยวะ

วันที่เกิดเหตุ (วัน / เดือน / ปี) / / เวลา สถานที่เกิดเหตุ

กรุณาบรรยายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

การเสียชีวิต

- ☐ สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- ☐ สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย
- ☐ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองการตาย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)
- ☐ สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี (รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าพนักงานตำรวจ)

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงและสูญเสียอวัยวะ

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ ประวัติการรักษา
- ☐ รูปถ่ายบัจจุบัน (เต็มตัว) / การสูญสียอวัยวะ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย (กรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์กรุณาแนบ สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์)

ส่วนที่ 3 : ☐ การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง ☐ การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง ☐ การล่าช้าในการเดินทาง ☐ อื่น ๆ.....

วันที่เกิดเหตุ (วัน / เดือน / ปี) / / เวลา สถานที่เกิดเหตุ (เมือง / ประเทศ)

กรุณาบรรยายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ (กรณีกระเป๋าเดินทางล่าช้า โปรดระบุวันเวลา ที่ได้รับกระเป๋า)

กำหนดการเดินทางเดิม

วัน / เดือน / ปี _____/_____/_____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

กำหนดการเดินทางใหม่

วัน / เดือน / ปี _____/_____/_____ เวลาออกเดินทาง _____ เวลามาถึง _____ เที่ยวบิน _____

รายละเอียดของรายการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง / ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าในการเดินทางหรือการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

รายการสูญหาย / เสียหาย / ค่าใช้จ่าย	วัน / เดือน / ปี ที่ซื้อ	ราคาที่ซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมดังนี้

- ☐ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
- ☐ หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการล่าช้าของการเดินทางหรือกระเป๋าเดินทาง, การบอกเลิกหรือลดจำนวนวันเดินทาง ให้ระบุเหตุผลและระยะเวลา)
- ☐ เอกสารแสดงการชดใช้ของผู้ขนส่งหรือเจ้าของสถานพำนัก
- ☐ เอกสารรายงานความเสียหายหรือสูญหายที่ออกโดยตำรวจ / สถานพำนัก / สายการบินหรือบริษัทขนส่ง
- ☐ ใบเสร็จต้นฉบับ แสดงรายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
- ☐ เอกสารแสดงการสำรองการเดินทางและเอกสารแสดงการเดินทางจริง