



มหาวิทยาลัยทักษิณ

รับ.....1464.....วันที่.....28 มี.ค.65.....

เวลา...15.35 น.....

ที่ พท ๐๐๓๒/ว. ๑๗/๒๗

ศาลากลางจังหวัดพัทลุง

ถนนราเมศวร์ พท ๙๓๐๐๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุ

เรียน หัวหน้าส่วนราชการและหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ตามบัญชีแนบท้ายฯ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จำนวน ๑ ฉบับ

๒. กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ได้จัดให้มีกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุให้แก่อาสาสมัคร และบุคคลที่ได้รับคำสั่งให้เดินทางไปร่วมปฏิบัติกิจกรรมของมูลนิธิฯ ซึ่งได้สิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๕ และได้ดำเนินการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุให้แก่อาสาสมัครและบุคคลที่ได้รับคำสั่งให้เดินทางไปร่วมปฏิบัติกิจกรรมของมูลนิธิฯ โดยมีผลการคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๖ นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของมูลนิธิแพทย์อาสาสมัครสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ประจำจังหวัดพัทลุง ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ จังหวัดพัทลุงจึงขอแจ้งและส่งกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ มาเพื่อทราบ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายดุขฎิ คงตระกูลทรัพย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดพัทลุง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

โทร ๐ ๗๕๖๑ ๓๑๒๗ ต่อ ๔๐๓

โทรสาร ๐ ๗๕๖๑ ๒๓๔๔

ผู้ว่าราชการจังหวัดพัทลุง/รองผู้ว่าราชการจังหวัดพัทลุง/
ปลัดจังหวัดพัทลุง/นายกเหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง/ประชาสัมพันธ์จังหวัดพัทลุง/หัวหน้าสำนักงานจังหวัด
พัทลุง/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพัทลุง/ท้องถิ่นจังหวัดพัทลุง/พัฒนาการจังหวัดพัทลุง/
จำจังหวัดพัทลุง/ ผู้บังคับกองร้อยตำรวจตระเวนชายแดนที่ ๔๓๔/อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขต
พัทลุง/หัวหน้าส่วนราชการทุกหน่วยงาน/ นายอำเภอทุกอำเภอ/ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพัทลุง/
นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง/ สาธารณสุขทุกอำเภอทุกอำเภอ/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง /ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างพัทลุง/ หัวหน้าสถานีวิทยุแห่งประเทศไทย
จังหวัดพัทลุง/หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน



มูลนิธิสงเคราะห์เด็กที่ 802

มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

693 ถนนบำรุงเมือง แขวงคลองมอหานะ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100

โทรศัพท์ 0-2226-5666 โทรสาร 0-2225-5411, 0-2225-5510

www.pmmv.or.th, E-mail : mophadmin@gmail.com

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

เลขที่รับ..... 004057

วันที่รับ..... ๒๕๖๕

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เลขที่รับ..... ๒๕๖๕

วันที่รับ..... ๒๕๖๕

เวลาที่รับ..... ๒๕๖๕

ที่ สว (ว) ๓ / ๒๕๖๕

๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
กรรมการและเลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัดพัทลุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุอาสาสมัคร และบุคคลที่ได้รับคำสั่งให้เดินทางไปร่วม
ปฏิบัติกิจกรรมของมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้สิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม
๒๕๖๕

ในการนี้ สำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. ได้ดำเนินการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ
เรียบร้อยแล้ว จะมีผลคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๖
รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาแจ้งให้อาสาสมัคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบด้วย
จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ขอแสดงความนับถือ

☐ เพื่อโปรดทราบ
☐ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรให้ดำเนินการต่อไป

๑๗ ๓๖

(ทันตแพทย์สมนึก ขาญด้วยกิจ)

ผู้อำนวยการสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว.

๒๕-๓-๖๕

งานบุคคล

ต่อ ๒๑๐๔, ๒๑๑๗

(นายดุขฎิ คงตระกูลทรัพย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

24 กพ. 2565

แบบ 1/2



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรตน์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Pivart Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand

Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999

ทะเบียนเลขที่ บบจ. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

ต้นฉบับ / Original

การประกันภัยอุบัติเหตุ

พอลิซี้ No. 64-122766-เค

รหัสบริษัท Company Code UNI

กรมธรรม์เลขที่ Policy No. 64-122766-เค

☐ ส่วนบุคคล Personal Accident Insurance ☒ กลุ่ม Group Accident Insurance ☐ นักเรียน นิสิต นักศึกษา Student Group Accident Insurance
คุ้มครอง 24 ชั่วโมงทั่วโลก 24 Hours Worldwide Coverage

1. ผู้ถือกรมธรรม์ : ชื่อ (Name)	มูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
The Policy Holder ที่อยู่ (Address)	693 ถนนบำรุงเมือง แขวงคลองมหาพฤกษ์ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100
2. ผู้เอาประกันภัย : The Insured	อาชีพ : Occupation - ชั้นอาชีพ : Occupation Class อายุ : Age -
3. ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย : Relationship to the insured
4. ระยะเวลาประกันภัย	เริ่มต้นวันที่ 29 มกราคม 2565 เวลา 12.00 น. สิ้นสุดวันที่ 29 มกราคม 2566 เวลา 12.00 น.
Period of Insurance :	From at hours To at hours

5. การจำกัดความรับผิด: กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะผลของความบาดเจ็บทางร่างกายในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น
Limit of Liability : This policy affords coverage only with respect to such result from bodily injury for which a sum insured is stated

ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured (Baht)	ความรับผิดส่วนแรก Deductible	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)
1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ซายตา หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.1) Result 1. Loss of life, Dismemberment, Loss of Sight or Permanent Disability (P.A.1)	ไม่คุ้มครอง		ไม่มี
1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ซายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) Result 1. Loss of life, Dismemberment, Loss of Sight hearing Speech or Permanent Disability (P.A.2)	ดังเอกสารแนบ		359,150.00.-บาท
2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Result 2. Total Temporary Disability	ไม่คุ้มครอง	ไม่มี	ไม่มี
3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน Result 3. Partial Temporary Disability	ไม่คุ้มครอง	ไม่มี	ไม่มี
4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง Result 4. Medical Expenses Each Accident	ดังเอกสารแนบ	ไม่มี	รวมอยู่ด้วย
เบี้ยประกันสำหรับภัยเพิ่ม Additional Premium			ไม่มี
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount			ไม่มี
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium			359,150.00.-บาท
ภาษี Tax			0.00.-
อากร Stamps			1,437.00.-
เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium			360,587.00.-บาท
6. ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่แนบติด Insuring Agreement/Endorsement attached	อบ.2, อบ.3	ชำระอากรแล้ว	

วันที่ทำสัญญาประกันภัย : 29 มกราคม 2565
Agreement made on : 23 กุมภาพันธ์ 2565

วันออกกรมธรรม์ประกันภัย : 23 กุมภาพันธ์ 2565
Policy issued on : 23 กุมภาพันธ์ 2565

เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัท โดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ได้ลงนามและประทับตราของบริษัทไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานบริษัท
As evidence, the Company has caused this policy to be signed by person(s) with power to act on behalf of the company and the company's stamp to be affixed at its office.

กรรมการ
Director



พยาน
Witness

การขยายความคุ้มครอง

(ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม)

รหัสบริษัท UNI

อ.บ. 3

เอกสารแนบท้ายเลขที่ -	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 64-122766-เค	วันที่ทำเอกสาร 23 กุมภาพันธ์ 2565
ชื่อผู้เอาประกันภัย ตั้งเอกสารแนบ		
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่ 29 มกราคม 2565 เวลา 12.00 น. สิ้นสุดวันที่ 29 มกราคม 2566 เวลา 12.00 น.		
เบี้ยประกันภัย	รวมอยู่ด้วย	ภาษี -
	อากร -	รวม -

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่าในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้ กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น

การขยายความคุ้มครอง	ข้อตกลงความคุ้มครอง							
	ข้อ 1		ข้อ 2		ข้อ 3		ข้อ 4	
	จำนวนเงินเอา ประกันภัย (บาท)	เบี้ย ประกันภัย (บาท)	จำนวนเงินเอา ประกันภัย (บาท)	เบี้ย ประกันภัย (บาท)	จำนวนเงินเอา ประกันภัย (บาท)	เบี้ย ประกันภัย (บาท)	จำนวนเงินเอา ประกันภัย (บาท)	เบี้ย ประกันภัย (บาท)
(1.) สงคราม การรุกราน หรือการ กระทำของศัตรูต่างชาติ สงคราม กลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ	"				ไม่คุ้มครอง		"	
(2.) การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวาย ถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	"				ตั้งเอกสารแนบ		"	
(3.) การเล่นหรือแข่งกีฬาอันตราย	"				ไม่คุ้มครอง		"	
(4.) การขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์	"				ตั้งเอกสารแนบ		"	
(5.) การโดยสาร อาภาศยาน ที่มีได้ประกอบการ โดยสารการบินพาณิชย์	"				ตั้งเอกสารแนบ		"	

กีฬาอันตราย หมายถึง การล่ำส่วในป่า แข่งรถ แข่งเรือ แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โครว์ม (เว้นแต่การ โครว์ม เพื่อรักษาชีวิต) ขณะที่กำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน การเล่นบันจีจัมพ์ การปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยการดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ

ความรับผิดชอบของบริษัทมีไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน

ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่นๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999
ทะเบียนเลขที่ บบจ. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

เอกสารแนบท้ายนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 64-122766-เอ

1. ผู้เอาประกันภัย

- 1.1. อาสาสมัครซึ่งจดทะเบียนไว้กับ มูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบมราชชนนี
- 1.2. เจ้าหน้าที่ประจำเครื่องบิน ขณะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ สำหรับกิจกรรมของโครงการ
- 1.3. พนักงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่ ของมูลนิธิแพทย์อาสาซึ่งเดินทางไปกับคณะของมูลนิธิเพื่อออกให้บริการ
- 1.4. บุคคลอื่นที่มีได้จดทะเบียนไว้กับ มูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบมราชชนนี
แต่ได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ

2. การเริ่มและสิ้นสุดความคุ้มครอง

- 2.1 ความคุ้มครองสำหรับอาสาสมัครซึ่งจดทะเบียนไว้กับมูลนิธิฯ เริ่มตั้งแต่เวลาที่ออกจากบ้านของ
แต่ละคนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ จนกระทั่งเมื่อกลับถึงบ้าน
- 2.2 ความคุ้มครองสำหรับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งมีได้จดทะเบียนเป็นอาสาสมัครไว้กับมูลนิธิฯ แต่ได้รับมอบหมาย
ให้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการ เริ่มต้นตั้งแต่บุคคลนั้น ๆ ออกจากจุดรวมกลุ่มจนกระทั่งกลับถึงจุดสิ้นสุดการรวมกลุ่ม

3. การจำกัดอายุ

อายุผู้เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้ จำกัดระหว่าง 16 - 60 ปี
(ยกเว้น กลุ่มที่ 1.1 อาสาสมัครซึ่งจดทะเบียนไว้กับมูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบมราชชนนี
คุ้มครองถึงอายุ 80 ปี)

4. จำนวนเงินจำกัดความรับผิด

- 4.1 ไม่เกิน 10,000,000 บาท ต่อหนึ่งเหตุการณ์
- 4.2 ไม่เกิน 2,000,000 บาท ต่อหนึ่งเหตุการณ์ ขณะเดินทางโดยอากาศยานที่มีได้ประกอบการ โดยสายการบินพาณิชย์
รวมถึงเครื่องบินเจ็ท

จำนวนเงินของการรับผิดและค่าใช้จ่ายเสียหายจะถูกแบ่งออกตามอัตราส่วน ระหว่างบุคคลผู้มีประกันภัย และ/หรือผู้รับ
ผลประโยชน์ในเหตุการณ์ที่บริษัทประกันภัย ไม่สามารถจ่ายให้ตามวงเงินสูงสุดของแต่ละบุคคลได้ตามที่ระบุไว้ในเบื้องต้น
เนื่องจากส่วนเกินจำนวนจำกัดความรับผิดภายใต้กรมธรรม์นี้

กลุ่มที่ 1 สำหรับอาสาสมัครที่จดทะเบียน หรือเจ้าหน้าที่ประจำเครื่องบิน และพนักงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่ของ
มูลนิธิแพทย์อาสาซึ่ง เดินทาง ไปกับคณะของมูลนิธิเพื่อออกให้บริการ จำนวนเงินเอาประกันภัย และการจำกัดความรับผิด
รวมตามข้อตกลง คุ้มครองข้อ 1 ไม่เกิน 500,000.- บาทต่อคน และจำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 4
ค่ารักษาพยาบาล คนละไม่เกิน 100,000.- บาทต่อคน

กลุ่มที่ 2 สำหรับบุคคลที่ไม่ได้จดทะเบียน จำนวนเงินเอาประกันภัย และการจำกัดความรับผิดรวมตามข้อตกลง
คุ้มครองข้อ 1 ไม่เกิน 100,000.- บาท ต่อคน และจำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อตกลงคุ้มครอง ข้อ 4 ค่ารักษาพยาบาลคนละ
ไม่เกิน 20,000.- บาท ต่อคน

5. อาณาเขตที่คุ้มครอง

การประกันภัยนี้คุ้มครองเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น

6. การขยายความคุ้มครอง

- 6.1 การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการ โดยสายการบินพาณิชย์ รวมถึงเครื่อง



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรตน์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999
ทะเบียนเลขที่ บบจ. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

เอกสารแนบท้ายนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 64-122766-เค

เฮลิคอปเตอร์

6.2 การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์

ข้อยกเว้น ข้อ 2 ข และ ค ในกรมธรรม์ให้ยกเลิกไป

6.3 การจลาจล และการนัดหยุดงาน

6.4 ค่าใช้จ่ายการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินไม่เกิน 50,000 บาท ค่อน

6.5 ภัยจากการก่อการร้าย

7. การยกเลิกกรมธรรม์

(นอกเหนือจากภัยสงคราม) ระยะเวลาของการบอกกล่าวยกเลิกกรมธรรม์ ที่ระบุเงื่อนไขข้อ 10.1 ของกรมธรรม์

ให้เปลี่ยนจากไม่น้อยกว่า 15 วัน เป็นไม่น้อยกว่า 30 วัน

8. ผู้รับผลประโยชน์

ทายาทของบุคคลผู้มีประกันภัย โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

8.1 ทายาทผู้มีสิทธิได้รับค่าทดแทน จะต้องกำหนด โดยผู้ถือกรมธรรม์และแจ้งให้บริษัททราบ

8.2 ในกรณีที่ผู้สิทธิได้รับค่าทดแทนมากกว่า หนึ่งคน จำนวนเงินค่าทดแทนที่แต่ละบุคคล

จะได้รับจะต้องกำหนดโดยผู้ถือกรมธรรม์ และแจ้งให้บริษัททราบ

8.3 เมื่อบริษัทได้จ่ายค่าทดแทนในกลุ่มที่ 1 และ 2 ข้างต้นเต็มจำนวนแล้ว บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบ

ต่อการเรียกร้องอื่นใด ที่กระทำโดยบุคคลอื่น

จำนวนผู้เอาประกันภัย

3,000

คน

ผลประโยชน์ความคุ้มครองและเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย	
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
การสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	500,000	100,000
สูญเสียอวัยวะ สายตา	500,000	100,000
ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	500,000	100,000
การถูกฆาตกรรมและลอบทำร้าย	500,000	100,000
การขับขี และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์	500,000	100,000
ค่าใช้จ่ายการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน	50,000	50,000
ค่ารักษาพยาบาล	100,000	20,000

เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium

359,150.00

อากร Stamp

1,437.00

เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium

360,587.00

กรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

โดยการซื้อถือข้อตกลงในใบคำขอเอาประกันภัย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้ถือกรรมธรรม์หรือผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้บังคับเงื่อนไขทั่วไป ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้นและเอกสารแนบท้ายแห่งกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทให้สัญญาดังต่อไปนี้

การคุ้มครอง : ตามข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่แนบติด

เงื่อนไขทั่วไป

1. คำนิยาม : เพื่อใช้ในกรรมธรรม์ประกันภัยและเอกสารแนบท้ายกรรมธรรม์ประกันภัยนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 "บริษัท" | หมายความว่า บริษัทที่ออกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ |
| 1.2 "ผู้ถือกรรมธรรม์" | หมายความว่า บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้ถือกรรมธรรม์ในตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งเป็นผู้จัดให้มีการประกันภัยเพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย |
| 1.3 "ผู้เอาประกันภัย" | หมายความว่า บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรรมธรรม์ประกันภัยและ/หรือเอกสารแนบ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกรรมธรรม์นี้ |
| 1.4 "ตาราง" | หมายความว่า ตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ |
| 1.5 "อุบัติเหตุ" | หมายความว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน จากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลให้ผู้เอาประกันภัยมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง |
| 1.6 "ความบาดเจ็บ" | หมายความว่า การบาดเจ็บทางร่างกาย อันเป็นผลโดยตรงจากอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดขึ้นโดยเอกเทศ และโดยอิสระจากเหตุอื่น |
| 1.7 "ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง" | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป |
| 1.8 "ทุพพลภาพถาวรบางส่วน" | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำตามปกติได้ตลอดไป แต่ทำงานอื่นเพื่อสินจ้างได้ |
| 1.9 "ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง" | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้โดยสิ้นเชิงในช่วงระยะเวลาหนึ่ง |
| 1.10 "ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน" | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติบางส่วนในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็ดี หรือเป็นผลต่อเนื่องจากทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ซึ่งได้ทุเลาเบาบางลงแล้วก็ดี แต่ยังไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้ครบทุกส่วนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง |
| 1.11 "ความรับผิดชอบส่วนแรก" | หมายความว่า ความเสียหายส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเอง |
| 1.12 "ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ" | หมายความว่า ความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุ และทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพ หรือต้องเข้ารับการรักษายาบาล |

2. ความสมบูรณ์แห่งสัญญาและการเปลี่ยนแปลงข้อความในสัญญาประกันภัย

กรรมธรรม์ประกันภัยนี้ รวมทั้งข้อตกลงคุ้มครองและเอกสารแนบท้าย ประกอบกันเป็นสัญญาประกันภัย การเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ในสัญญาจะต้องได้รับความยินยอมจากบริษัทและได้บันทึกไว้ในกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ หรือในเอกสารแนบท้ายแล้วจึงจะสมบูรณ์

3. การแจ้งอุบัติเหตุ

ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงความบาดเจ็บโดยไม่ชักช้า ในกรณีที่มีการเสียชีวิตต้องแจ้งให้บริษัททราบทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุจำเป็นอันสมควรจึงไม่อาจแจ้งให้บริษัททราบดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้ แต่ได้แจ้งโดยเร็วที่สุดที่จะกระทำได้แล้ว

4. การส่งหลักฐานความเสียหาย

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทน ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานตามที่บริษัทต้องการตามความจำเป็นให้แก่บริษัท โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ ให้ส่งหลักฐานดังกล่าวข้างต้น ภายใน 30 วันนับแต่วันเสียชีวิตหรือวันที่เริ่มเกิดทุพพลภาพ ส่วนในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนอย่างอื่น ให้ส่งหลักฐานภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ แต่การไม่เรียกร้องภายในกำหนดดังกล่าวไม่ทำให้สิทธิการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถเรียกร้องได้ภายในกำหนด และได้ทำการเรียกร้องโดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้แล้ว

สำหรับการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ต้องส่งใบเสร็จแสดงรายการค่าใช้จ่ายต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยอื่น แต่ถ้าหากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว ให้ผู้เอาประกันภัยส่งสำเนาใบเสร็จพร้อมต้นฉบับการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัทได้

5. การตรวจทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิจะขอตรวจร่างกายของผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่บริษัทพิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนตามที่เห็นสมควรรวมทั้งการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น

6. การจ่ายค่าทดแทน

ค่าทดแทนสำหรับการเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ ส่วนค่าทดแทนอย่างอื่นจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย ภายในกำหนดระยะเวลาดังต่อไปนี้

6.1 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 และข้อ 4 จะจ่ายภายใน 20 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสียที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว

6.2 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 2 และข้อ 3 จะจ่ายในวันครบกำหนดทุกๆ 4 สัปดาห์ตลอดระยะเวลาที่พพลภาพ แต่ไม่เกิน 52 สัปดาห์

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดเชยตามกรมธรรม์ประกันภัยตามข้อ 6.1 หรือข้อ 6.2 ดังกล่าวข้างต้น ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายออกไปอีกได้ตามความจำเป็นแต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

สำหรับการเรียกร้องตามข้อ 6.2 จะขยายระยะเวลาความวรรคก่อนได้เฉพาะกำหนดการจ่ายครั้งแรกเท่านั้น การะในการพิสูจน์ว่าการเรียกร้องค่าทดแทนไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นหน้าที่ของบริษัท ในกรณีนี้ผู้ถือกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์จะต้องให้ข้อเท็จจริง และความสะดวกแก่บริษัทตามสมควร

หากบริษัทไม่อาจจ่ายค่าทดแทนให้แล้วเสร็จภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดอกเบี้ยให้อีกในอัตราร้อยละ 12 ต่อปี ของจำนวนเงินที่ต้องจ่ายทั้งนี้นับแต่วันที่ครบกำหนดชำระ

7. การจำกัดความรับผิดชอบตลอดระยะเวลาประกันภัย

ตลอดระยะเวลาประกันภัย บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับผลที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 รวมกันไม่เกินจำนวนเงินดังระบุไว้ในตาราง และเมื่อมีการจ่ายค่าทดแทนตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 เต็มวงเงินจำกัดความรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตารางแล้ว ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ยังมีผลบังคับต่อไปตลอดระยะเวลาประกันภัยที่เหลือ ทั้งนี้เฉพาะตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 4 (ถ้ามี) เท่านั้น

8. การเปลี่ยนอาชีพ

ถ้าผู้เอาประกันภัย ได้รับบาดเจ็บในขณะที่กระทำการโดยมีค่าตอบแทนในอาชีพอื่นที่มีการเสี่ยงอันตรายมากกว่าอาชีพที่ได้แจ้งไว้แต่เดิม บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้เป็นจำนวนเงินเท่าที่เบี้ยประกันภัยที่ได้รับชำระแล้วสำหรับอาชีพเดิมและจะซื้อการคุ้มครองสำหรับอาชีพใหม่ได้

ถ้าผู้เอาประกันภัยเปลี่ยนอาชีพเป็นอาชีพประเภทอื่น ซึ่งบริษัทกำหนดไว้ว่าเป็นอาชีพที่มีการเสี่ยงภัยน้อยกว่าอาชีพประเภทที่แจ้งไว้กับบริษัท บริษัทจะลดเบี้ยประกันภัยลงและจะคืนเบี้ยประกันภัยให้ตามส่วน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงการเปลี่ยนอาชีพแล้ว

9. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่มีข้อพิพาท ข้อขัดแย้ง หรือข้อเรียกร้องใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท และหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์ และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้น โดยวิธีการอนุญาโตตุลาการ บริษัทตกลงยินยอมและให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการตามข้อบังคับกับการประกันภัยว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

10. การเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

10.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการส่งหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้ถือกรมธรรม์ ตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีนี้บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

10.2 ผู้ถือกรมธรรม์จะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ และมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัยคืน หลังจากหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้นตามตารางที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

ตารางอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น

ระยะเวลาประกันภัย (ไม่เกิน / เดือน)	ร้อยละของ เบี้ยประกันภัยเต็มปี
1	15
2	25
3	35
4	45
5	55
6	65
7	75
8	80
9	85
10	90
11	95
12	100

11. การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยโดยอัตโนมัติ

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้จะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติเมื่อผู้เอาประกันภัยถูกจองจำอยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ซึ่งบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยในส่วนของผู้เอาประกันภัยนั้นให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ใช้บังคับมาแล้ว

12. เงื่อนไขบังคับก่อน

บริษัทอาจจะไม่รับผิดชอบใช้ค่าทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ เว้นแต่ผู้ถือกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย

สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

ข้อตกลงคุ้มครอง

บริษัทให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางเท่านั้น

การประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้.-

ข้อ 1 : การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัวติดต่อกันในสถานพยาบาลในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้

- 1.1 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต
- 1.2 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- 1.3 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
- 1.4 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.5 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.6 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.7 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
- 1.8 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.9 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.10 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับหูหนวกสองข้างหรือเป็นใบ้
- 1.11 15% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับหูหนวกหนึ่งข้าง
- 1.12 25% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ (ทั้งสองข้อ)
- 1.13 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ (หนึ่งข้อ)
- 1.14 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (ทั้งสองข้อ)
- 1.15 8% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (หนึ่งข้อ)
- 1.16 4% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (หนึ่งข้อ)
- 1.17 5% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วอื่นๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่าสองข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้
- 1.18 5% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือเท้า
- 1.19 1% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วเท้าอื่นๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่าหนึ่งข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือเท้า

การสูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิง หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกาย และให้หมายรวมถึง การสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป

การสูญเสียสายตา หมายความว่า ดาบอดสนิทและไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อนี้เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น เว้นแต่กรณีที่มีการสูญเสียนิ้วมือหรือนิ้วเท้าโดยถาวรสิ้นเชิงตามรายการที่ 1.12 ถึง 1.19 และ ไม่อาจเรียกร้องค่าทดแทนตามรายการใดรายการหนึ่งในรายการที่ 1.1 ถึง 1.9 ได้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความสูญเสียที่แท้จริงในแต่ละรายการรวมกัน แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ในกรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วน ซึ่งไม่สามารถเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดไว้ตามรายการที่ 1.2 ถึง 1.19 ได้และไม่ใช่เป็นการสูญเสียสมรรถภาพในการลืมนาส หรือคลุ้มคลั่ง บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความเห็นของแพทย์ของบริษัท แต่ไม่เกิน 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ข้อ 2 : ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้นับจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตารางตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครอง ข้อ 1

ข้อ 3 : ทูพผลกระทบชั่วคราวบางส่วน

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้ประกอบการกลายเป็นบุคคลทูพผลกระทบชั่วคราวบางส่วนภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตาราง ตลอดระยะเวลาที่ยังทูพผลกระทบอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้ประกอบการจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันที หลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 หรือ ข้อ 2

ข้อ 4 : การรักษาพยาบาล

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้ประกอบการต้องรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ตามกฎหมาย หรือต้องได้รับการพยาบาลโดยพยาบาลที่มีใบอนุญาต บริษัทจะชดเชยค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกอบการได้จ่ายไปจริง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ สำหรับการรักษาพยาบาล ค่าการพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการจ้างพยาบาลพิเศษ ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินที่บริษัทต้องรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตาราง หักด้วยจำนวนเงินส่วนแรกที่ผู้ประกอบการจะต้องรับผิดชอบด้วยตนเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

แต่หากผู้ประกอบการได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัทจะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999
ทะเบียนเลขที่ บบจ. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหมหรือเงินทดแทน

การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต

- 1.1 ให้ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติรีบแจ้งให้บริษัทฯ ทราบทันที (โทรศัพท์, โทรเลข, ฯลฯ) รักษาศพให้คงสภาพเดิม จัดให้มี
- 1.2 การชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย ชะลอการเผาศพหรือฝังไว้จนกว่าเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ ไปตรวจสอบ หากจำเป็นต้อง
- 1.3 ตรวจชันสูตร โดยแพทย์ที่บริษัทฯ จัดหา เจ้าหน้าที่ของบริษัทจะแจ้งให้ทราบและจัดหาแพทย์ทำการตรวจชันสูตรในเวลาอันสมควร
- 1.4 ให้ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติจัดหาเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมการเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุส่งให้บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันเสียชีวิต
 - สำเนาใบมรณะบัตรของผู้เอาประกันภัย
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์
 - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์
 - สำเนาทะเบียนที่ประจำวันของเจ้าพนักงานตำรวจ
 - สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากเจ้าพนักงานตำรวจ
 - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา (หากเสียชีวิตระหว่างการรักษา)
 - กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้รับผลประโยชน์ลงลายมือชื่อ
 - เอกสารแสดงการเป็นพนักงาน เช่น บัตรพนักงาน, บัตรลงเวลาการทำงาน, บัญชีการจ่ายค่าจ้าง ฯ (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)
 - สำเนาหนังสือเดินทาง, วีซ่า (กรณีเป็นชาวต่างชาติ)
 - ใบรายงานการผ่าชันสูตรศพจากแพทย์ในกรณีจำเป็น

2. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บ

- 2.1 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบโดยไม่ชักช้า
- 2.2 กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้ถือกรรมสิทธิ์ลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้อง (ตอนล่าง)” และ ผู้บาดเจ็บลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้องค่าทดแทน” (ใบมอบฉันทะ-ตอนบน) แล้วรีบส่งบริษัทฯ โดยไม่ต้องรอส่งพร้อมกับเอกสารอื่น
- 2.3 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้เรียกร้องค่าทดแทนส่งเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหม-ค่ารักษาพยาบาล
 - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (หากบาดเจ็บเล็กน้อยจะใช้แบบฟอร์มของแพทย์ก็ได้)
 - ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ออกทุกครั้งที่ได้รับ การรักษาพยาบาล หากเป็นค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (คนไข้ใน) ต้องมีใบรายการแสดงการคิดค่าเงินรักษาพยาบาลด้วย

หมายเหตุ: หากท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรุณาติดต่อที่ โทร. 0-2649-1999 ในเวลาทำการ

(จ.-ศ. เวลา 08.30น. – 17.00น.)

: กรุณาดาวน์โหลดแบบเรียกร้องค่าทดแทน (Claim Form) ได้ที่ <http://www.aig.com/th>

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับไว้ในตอนท้ายของแต่ละความคุ้มครอง รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและ e-mail เพื่อทางบริษัทจะสามารถแจ้งความคืบหน้าเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมโดยผ่านทาง 2 ช่องทาง ดังนี้
 - ส่งผ่านไปรษณีย์ โดยท่านสามารถส่งมาตามที่อยู่ด้านล่างนี้
แผนกสินไหมทดแทน
ตู้ ป.ณ. 40 ปณศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330
 - ส่งผ่านตัวแทน/นายหน้าประกันภัยที่ท่านซื้อกรมธรรม์
- เมื่อบริษัทได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมจากท่าน บริษัทจะทำการส่ง SMS เพื่อยืนยันการรับเอกสาร
- เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมตามที่ระบุในแต่ละส่วน เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต้องการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีบริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้
- ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งให้ท่านทราบภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสาร
- ในกรณีที่เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมครบถ้วนสมบูรณ์ ทางบริษัทจะใช้เวลา 15 วันทำการ ในการพิจารณา พร้อมทั้งแจ้งผลการอนุมัติผ่านทาง e-mail หรือ sms ให้ท่านทราบต่อไป

ข้อมูลทั่วไป (กรุณารอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม		กรมธรรม์เลขที่	
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่	เพศ	วัน/เดือน/ปีเกิด	/ /
ที่อยู่			
อาชีพ	อีเมลที่ติดต่อได้		
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า)	เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน		
ในกรณีที่ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกันโปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์		ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท	
สำหรับกรมธรรม์ประกันการเดินทางโปรดระบุ ระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี) / / ถึงวันที่ / / ประเทศ			

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

เลือกวิธีรับค่าสินไหม

- ที่อยู่ในการจัดส่งเช็คเงินสดเป็นจดหมายลงทะเบียน

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ก่อกำหนดการเรียกร้องค่าสินไหม

☐ ค่ารักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง (ส่วนที่ 1)

☐ ขดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กล้อง / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางรวมถึงโน้ตบุ๊กเนื่องจากภัยธรรมชาติ (ส่วนที่ 2)

☐ ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (ส่วนที่ 3)

☐ การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง (ส่วนที่ 4)

☐ การเสียชีวิต / สูญเสียทรัพย์สิน / การสูญเสียชีวิต (ส่วนที่ 5)

☐ อื่นๆ เช่น กระเป๋าเงินสูญหาย ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น (ส่วนที่ 6)

รับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้กับบริษัทประกันภัยอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวรันส์ สาขาประเทศไทย และ/หรือ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้อธิบายผลไว้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย

วันที่

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน

วันที่

(โปรดใช้วิธีที่ชัดเจนและง่ายต่อการอ่านในการกรอกข้อมูล)

ส่วนที่ 1 : คำร้องกายภาพบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแบบโรคมะเร็ง

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

กรณีที่ได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

คำร้องกายภาพบาล / การชดเชยค่าผ่าตัด

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับคำร้องกายภาพบาล/ค่าผ่าตัด (ที่ระบุรายการคำร้องกายภาพบาลต่างๆ)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีประกันภัยเดินทางต่างประเทศ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก
- กรณีเรียกร้องคำร้องกายภาพบาลในประเทศผู้มีสำเนาของ Overseas Student ต้องส่งเอกสาร

รับรองการกลับไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ เช่น ตารางการเดินทางเพื่อกลับไปศึกษาต่อ, ใบลงทะเบียนเรียน

- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุชื่อ)

การชดเชยรายได้

ประกันภัยแบบโรคมะเร็ง

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาคำแนะนำของผู้เอาประกันภัย
- รายงานผลชันเนอ

ส่วนที่ 2: ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กอล์ฟ / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง รวมถึงโน้ตบุ๊กเนื่องจากภัยธรรมชาติ / การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)	/	/	สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ)
กรุณาระบุรายละเอียดการเกิดเหตุ			
รายละเอียดของรายการสูญหาย / เสียหาย			
รายการสูญหาย / เสียหาย		วัน/เดือน/ปี ที่ซื้อ	ราคาที่ซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)
- ต้องนำเอกสารรายงานความเสียหายที่ออกโดยตำรวจ / โรงแรม / บริษัทขนส่ง / สนามกอล์ฟ เพื่อประกอบการพิจารณา
- หากโรงแรมหรือบริษัทขนส่งได้เสนอการชดเชย ให้ รวมไปถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชย

การสูญหายของเงินส่วนตัว

- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ

การสูญหายของเอกสารเดินทาง

- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง, ค่าที่พัก และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่

การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง

รวมถึงโน้ตบุ๊กเนื่องจากภัยธรรมชาติ

- จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายจากทางโรงแรม หรือบริษัทผู้ขนส่ง
- รายการและราคาของที่สูญเสียหรือเสียหาย
- ข่าวสารที่ระบุว่าเกิดเหตุภัยธรรมชาติ

อุปกรณ์กอล์ฟ

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าซ่อมแซม หรืออุปกรณ์ที่ซื้อใหม่
- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ
- หนังสือรับรองจากสนามกอล์ฟ

การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

- จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากฝ่ายบริหารของโรงแรม หรือบริษัทผู้ขนส่ง กรณีการสูญเสียหรือเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง
- ใบบันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชม. นับจากเวลาเกิดเหตุ กรณีการสูญเสียหรือเสียหายเกิดจากการขู่ว่า หรือบังคับในลักษณะรุนแรง

ส่วนที่ 3: 3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลัดเที่ยวบิน

3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลัดเที่ยวบิน

กรุณาระบุรายละเอียดการล่าช้าในการเดินทาง/การพลัดเที่ยวบิน	สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ)
กำหนดการเดินทางเดิม	
วัน/เดือน/ปี	/ / เวลาออกเดินทาง เวลาที่มาถึง เที่ยวบิน
กำหนดการเดินทางใหม่	
วัน/เดือน/ปี	/ / เวลาออกเดินทาง เวลาที่มาถึง เที่ยวบิน

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับค่าที่พัก ค่าอาหาร และเครื่องดื่ม ที่เกิดขึ้นจากการพลาดเที่ยวบิน

3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

วัน/เดือน/ปี (ที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า) / / เวลา สถานที่ (เมือง/ประเทศ)

วัน/เดือน/ปี (ที่ได้รับกระเป๋าคืน) / / เวลา

ผู้เอาประกันมีรายการซื้อของใช้ที่จำเป็นระหว่างการล่าช้าที่เกิดขึ้น ใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว หรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็นที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาเที่ยวทางเข้าออก

1. ความล่าช้าในการเดินทาง

- หนังสือรับรองการล่าช้าจากสายการบิน
- บัตรโดยสารและตัวเครื่องบินทั้งหมด

2. การพลาดเที่ยวบิน

- หนังสือรับรองการพลาดเที่ยวบินจากสายการบิน
- บัตรโดยสารและตัวเครื่องบินทั้งหมด
- ใบเสร็จรับเงินค่าน้ำมันค่าอาหาร เครื่องดื่มที่จำเป็น ค่าโรงแรม ที่พักระหว่างรอเที่ยวบินทดแทน

3. การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

- หนังสือรับรองการล่าช้าของกระเป๋าเดินทางจากสายการบิน
- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบิน
- ใบเสร็จรับเงินค่าน้ำมันหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายจากบัตรเครดิต สำหรับการซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว หรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็น

ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการบอกเลิก / ลดจำนวนวันเดินทาง

ถ้า ☐ การเดินทางเดิม

ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี

/ /

ถึง วัน/เดือน/ปี

/ /

ถ้า ☐ การเดินทางใหม่

ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี

/ /

ถึง วัน/เดือน/ปี

/ /

รายการค่าใช้จ่าย ที่เกิดจากการเลื่อนหรือบอกเลิกการเดินทาง หรือ การลดจำนวนวันเดินทาง

การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง เป็นสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย / ญาติหรือคนในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่างนี้

ชื่อ — นามสกุล

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน

วันที่เกิดเหตุ
(วัน/เดือน/ปี)

/ /

/ /

กรุณาแนบเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมในหน้าถัดไป

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

- สำเนาใบรับรองแพทย์, ใบมรณบัตร (กรณีผู้เอาประกันภัย หรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต)
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สูติบัตร, ทะเบียนสมรส หรือทะเบียนบ้าน (กรณีที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันหรือยกเลิกการเดินทาง)
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

กรณีการเลื่อนหรือการยกเลิกการเดินทาง - กรุณาแนบใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเลื่อนหรือยกเลิกการเดินทาง และเอกสารการได้รับการคืนเงิน (ถ้ามี)

กรณีการลดจำนวนวันเดินทาง - กรุณาแนบใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง และเอกสารการได้รับการคืนเงิน (ถ้ามี)

ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต / ทุพพลภาพ

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

การเสียชีวิต

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (ในกรณีเสียชีวิตขณะเดินทางอยู่บนสายการบินพาณิชย์)
- บันทึกประจำวันตำรวจ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- เอกสารระบุการแต่งตั้งผู้จัดการกองมรดก (ในกรณีที่กรมธรรม์ระบุจ่ายกองมรดก)
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รายงานการตรวจศพ (Autopsy Report)
- ใบมรณบัตรของผู้เอาประกัน
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)

ทุพพลภาพ

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนามัตราประชาชนของผู้เอาประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
- รูปถ่ายการทุพพลภาพ/การสูญเสียอวัยวะ (ในกรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์จะต้องแนบเอกสารของผู้รับผลประโยชน์มาด้วย ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน)
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)

ส่วนที่ 6: การเรียกร้องความคุ้มครองอื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก, ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น

กรณียบรรยายรายละเอียด				
วันที่เกิดเหตุ	/	/	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
จำนวนเงิน	บาท			

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก

- สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าซ่อมแซมหรือใบเสร็จและจดหมายยืนยันจากทางร้านค้า ในกรณีที่จำเป็นต้องซื้อของชิ้นนั้นๆ เนื่องจากทำให้ของชิ้นนั้นเสียหาย
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)
- หนังสือสัญญาเช่ารถ
- ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่าและระบุค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Excess)
- ใบบันทึกประจำวันตำรวจที่ระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ และรายละเอียดความเสียหายของตัวรถ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการชำระค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Excess)

**สำหรับความคุ้มครองอื่นๆ สามารถดูเอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่เพิ่มเติมได้ที่ www.aig.co.th

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:

โทร. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998

ผนกลับไทยทดแทน

บ 22 อาคารสาขาพริ้นท์สแควร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ติดต่อสอบถามผลการพิจารณาสิทธิใหม่

โทร. 0 2649 1999 กด 1 และ 2 (เวลาทำการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8.30 - 17.00 น.)

อีเมล: claimshareservices@aig.com

ปะมาชิกบริการลูกค้า ติดต่อเรื่องร้องเรียน

โทร. 0 2649 1596 โทรสาร 0 2649 1998

อีเมล: complaint.th@aig.com

หมายเหตุ: การประกอบการธุรกิจของกล่มบริษัทเอไอจี ประเทศไทย ประกอบด้วย บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ บริษัท นิวแอมพิเซอร์ อินชัวรันส์