



แบบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน Nok Sure

1. รายละเอียดกรมธรรม์

- 1.1. แผนความคุ้มครอง แบบเที่ยวเดียว แบบไป-กลับ
- 1.2. เลขที่ใบรับรองใบรับรองการประกันภัย _____ วันที่ซื้อกรมธรรม์ _____

2. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

- 2.1. ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี
- 2.2. ที่อยู่ _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

3. รายละเอียดเหตุการณ์

- 3.1. วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ น. สถานที่ _____
- 3.2. รายละเอียดเหตุการณ์ _____

- 3.3. ผู้เห็นเหตุการณ์ _____
- 3.4. ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้งนี้อย่างไรบ้าง ได้รับ ไม่ได้รับ การชดใช้จากหน่วยงาน _____
(ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด) เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

4. การเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน

- 4.1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน _____ บาท

ดังกรณีต่อไปนี้

- กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ
- กรณีค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ
- กรณีการบอกเลิกการเดินทาง
- กรณีการล่าช้าโดยสวัสดิอากาศ (ชดเชย 2,000 บาท ทุกๆ 12 ชั่วโมง)
- กรณีการล่าช้าของเที่ยวบิน (ชดเชย 1,000 บาท ทุกๆ 6 ชั่วโมง)
- กรณีความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก
- กรณีการสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และทรัพย์สินส่วนตัว

รายการสูญเสีย / เสียหาย (ยี่ห้อ/รุ่น)	วันที่ซื้อ	ราคา
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



NOK AIR

ทึ่งนี้ข้าพเจ้าได้มอบหลักฐานประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละกรณีตามที่ระบุในกรมธรรม์ จำนวน _____ ฉบับ โดย
ขอให้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมในนาม _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การ
ได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่าฉันฉบับกับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรอง
ว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบัง
ความจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือเรียกคืนสินไหมใดๆ คืนจากข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ _____ ผู้แจ้ง / ผู้เอาประกันภัย

วันที่ _____

สำหรับลูกค้าติดต่อเคลม เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

โทร. 1484 กด 5

(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 - 17.00 น.)

หรือ

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

โทร 02-239-2200 ต่อ 1907

E-Mail: claim_ahbu@dhipaya.co.th

(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 - 16.30 น.)