

การเตรียมเอกสารที่ต้องใช้ในการเบิกเคลม Motor Add on (โครงการ TIP Lady)

กรณีค่าใช้จ่ายในการคัดสรรกรม

สำหรับผู้เอาประกันภัยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะขับขี่หรือโดยสารรถยนต์

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่ประทับตราการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากพรบ. และประกันภัยรถยนต์ประเภท 1
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่นอนโรงพยาบาล อาการ บริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน และสาเหตุการเกิด
3. สำเนาใบขับขี่ของผู้ขับขี่ ณ. วันที่เกิดเหตุ
4. สำเนาทะเบียนรถ
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ถือกรมธรรม์
6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้บาดเจ็บ
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้บาดเจ็บ
8. สำเนาหน้าตารางกรมธรรม์
9. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกัน Motor Add on (A01 -2)

กรณีนำรถเข้าซ่อม

1. สำเนาใบเคลมรถยนต์ระบุฝ่ายถูก
2. สำเนารายงานบันทึกประจำวัน หรือสรุปสำนวนคดี (ถ้ามี)
3. สำเนาใบรับรถยนต์ที่ระบุวันที่เข้าซ่อมแซม
4. ภาพถ่ายความเสียหายของรถยนต์
5. สำเนาทะเบียนรถ
6. สำเนาใบขับขี่ของผู้ขับขี่ ณ. วันที่เกิดเหตุ
7. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ถือกรมธรรม์
8. สำเนาหน้าตารางกรมธรรม์
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้ถือกรมธรรม์
10. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกัน Motor Add on (A01 -2)

กรณีความสูญเสียหรือความเสียหายของทรัพย์สินส่วนบุคคลภายในรถยนต์

จากการถูกลักใจกรรม และจากอุบัติเหตุการชนกับยานพาหนะทางบก

1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกัน Motor Add on (A01 -2)
2. รายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ของพนักงานสอบสวนตามที่ผู้เอาประกันได้แจ้งความไว้
3. รูปถ่ายความเสียหาย / ร่องรอยการเสียหายของรถยนต์คันที่เอาประกันภัย
4. สำเนาใบเคลมรถยนต์
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย
6. เอกสารประกอบเพิ่มเติมอื่นๆ ซึ่งจะแจ้งขอเป็นกรณีไป

###หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็น

ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น

ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 7-15 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

กรณีติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

E-mail: claim_health@dhipaya.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกัน Motor Add on

1. รายละเอียดกรมธรรม์

1.1 เลขที่ประกันภัยรถยนต์ / ประกันภัย Motor Add on _____
บริษัท _____ วันเริ่มความคุ้มครอง _____ ทะเบียนรถยนต์ _____

2. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้แจ้งเหตุ _____ อายุ _____
2.2 ที่อยู่ _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

3. รายละเอียดเหตุการณ์

3.1 วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ สถานที่ _____
3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ _____

ผู้เห็นเหตุการณ์ _____

3.3 ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้งนี

- ไม่มี การชำรุดใช้ หรือทำประกันภัยไว้จากหน่วยงาน
 มีการชำรุดใช้ทำประกันภัยไว้จากหน่วยงาน (ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด)
ชื่อบริษัทหรือหน่วยงาน _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

4. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

4.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน _____ บาท

ดังนี้ต่อไปนี้

- กรณีรถยนต์สูญหายโดยสิ้นเชิง (Total Loss)
 เงินชดเชยรายได้รายวันกรณีผู้เอาประกันภัย หรือผู้โดยสารต้องรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล
 เงินชดเชยกรณีรถยนต์เข้าอุโมงค์ ที่เกิดจากการชนกับยานพาหนะทางบก
 กรณีค่าใช้จ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับผู้เอาประกันภัย จากอุบัติเหตุขณะอยู่ในรถยนต์
 กรณีความสูญเสียหรือความเสียหายของทรัพย์สินส่วนบุคคลภายในรถยนต์จากการถูกโจรกรรม
 กรณีความสูญเสียหรือความเสียหายของทรัพย์สินส่วนบุคคลภายในรถยนต์จากอุบัติเหตุจากการชนกับยานพาหนะทางบก

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

อื่นๆ โปรดระบุ _____

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้มอบหลักฐานประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละกรณีตามที่ระบุในกรมธรรม์ จำนวน _____ ฉบับ
โดยขอให้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมในนาม _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง สำเนาของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่ามีไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือเรียกคืนสินไหมใดๆ คืนจากข้าพเจ้าได้ทันที

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE , SMS หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย) ข้าพเจ้ารับทราบจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ _____

วันที่ _____

ผู้แจ้ง / ผู้เอาประกันภัย

สำหรับลูกค้าติดต่อเคลม เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กทม. 10120

โทร 02-239-2200

E-Mail: claim_health@dhipaya.co.th

(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 - 16.30 น.)