



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอันสืบเนื่องมาจากการบอกลีการเดินทาง

FAST LANE TRIP CANCELLATION CLAIM FORM

ชั้น 29 อาคารทงภูมิ 1550 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร: 0 2305 8533 โทรสาร: 0 2305 8523 29th Floor, Thanapoom Tower, 1550 New Petchburi Road, Makasan, Rajathevi, Bangkok 10400 Tel: 0 2305 8533 Fax: 0 2305 8523



รับประกันภัยโดย แอลเอ็มจี ประกันภัย underwritten by LMG Insurance Co., Ltd.

เลขที่เรียกร้องสินไหม Claim No. (เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น) (Office use Only)

กรุณากรอกข้อมูลทุกส่วนในแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์ครบถ้วน และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมหลักฐานการเรียกร้องสินไหม แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบสำหรับผู้เอาประกันภัยหนึ่งราย

In order for your claim to be dealt with promptly, please ensure ALL SECTIONS of this Claim Form are fully completed and returned to us by post together with all the required claims evidence. A separate claim form must be completed for each Insured Person who is claiming under the policy.

กรุณาเก็บสำเนาเอกสารทั้งหมดที่ส่งคืนมายังบริษัทฯ เพื่อเป็นหลักฐาน Please use block letters. Please retain a copy of all documents sent to us for your records.

หมายเหตุ: ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อให้เอกสารการเรียกร้องสินไหมนี้สมบูรณ์ ตลอดจนหลักฐานประกอบอื่นๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้มิได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์

PLEASE NOTE ALL EXPENSES INCURRED IN COMPLETING THIS CLAIM FORM AND PROVIDING ALL THE NECESSARY EVIDENCE TO SUPPORT THIS CLAIM MUST BE PAID BY YOU. EXPENSES INCURRED IN PROVIDING EVIDENCE ARE NOT COVERED UNDER THIS POLICY.

ส่วน A - รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี)

SECTION A - CUSTOMER AND TRAVEL DETAILS (To be completed in all cases)

1. กรมธรรม์เลขที่ Policy Number

2. นามสกุลผู้เอาประกันภัย Surname of Insured Person

3. ชื่อผู้เอาประกันภัย Given Name (s) of Insured Person

4. อาชีพผู้เอาประกันภัย Occupation of Insured Person

5. วัน เดือน ปีเกิดผู้เอาประกันภัย Date of Birth of Insured Person DD / MM / YY

6. ที่อยู่ (สำหรับติดต่อ) Address (to be used for correspondence)

7. เบอร์โทรศัพท์ Telephone Numbers ที่ทำงาน () บ้าน () Work () Home () มือถือ () แฟกซ์ () Mobile () Fax ()

8. รายละเอียดการเดินทาง Travel Details 8(a). วันที่สำรองการเดินทาง Date travel arrangements were booked

8(b). วันที่ออกเดินทางจากประเทศไทย Date of departure from Thailand

8(c). วันที่กลับมายังประเทศไทย Date of return to Thailand

9. เดินทางไปยังประเทศ Overseas Destination (s)

10(a). คุณเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่ Have you made any previous claims in respect of travel insurance? เคย Yes [] ไม่เคย No []

10(b). ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมดังกล่าว (เช่น วันที่ จำนวนเงิน ประเภทของการเรียกร้องสินไหม และบริษัทประกันภัยคู่สัญญา) If yes, please provide exact details of claims (e.g. date, amount, type of claim and insurance company involved)

เอกสารสำคัญสำหรับประกอบการเรียกร้องสินไหม – ส่วน A
IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS THE CLAIM – SECTION A

กรุณานำเอกสารหลักฐานมาพร้อมกับแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม
Please attach the evidence to the Claim Form and tick the appropriate box. Failure to provide all necessary evidence may result in delays in handling your claim.

- a) สำเนาตารางกรมธรรม์และกำหนดการเดินทาง
Copy of policy schedule including itinerary page
- b) สำเนาหนังสือเดินทาง และวีซ่า (ถ้ามี) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
Certified copy of passport with Visa stamp (if applicable)
- c) ตั๋วเครื่องบินต้นฉบับ หรือสำเนา ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง
Original air ticket or certified copy
- d) บัตรขึ้นเครื่องบินตัวจริง (ถ้ามี)
Original Boarding pass (if available)

ส่วน B - รายละเอียดการเรียกร้องสินไหม

SECTION B – CLAIM DETAILS

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในทุกส่วนให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย
In order for your Trip Cancellation Claim to be dealt with promptly, please ensure ALL SECTIONS of this Claim Form are fully completed and returned to us by post together with the claims evidence required at end of this Section.

1. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านตัดสินใจหรือได้รับคำแนะนำให้บอกเลิกการเดินทาง

Please advise the date on which you either decided or were advised to cancel your trip.

DD / MM / YY

2. กรุณาระบุวันที่ที่ท่านแจ้งบอกเลิกการเดินทางแก่บริษัทท่องเที่ยว
Please advise the date on which you gave your cancellation instruction to your travel company.

DD / MM / YY

3. ถ้าวันที่ระบุในข้อ 1 และ 2 แตกต่างกัน กรุณาอธิบาย

If the dates provided in 1. and 2. differ, please provide an explanation below.

4. กรุณาระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ท่านบอกเลิกการเดินทาง

Please describe the exact circumstances which have caused you to cancel your trip.

เอกสารสำคัญเพื่อประกอบการพิจารณาเพื่อเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากการบอกเลิกการเดินทาง – ส่วน B
IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS YOUR TRIP CANCELLATION CLAIM – SECTION B

กรุณานำเอกสารหลักฐานมาพร้อมกับแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทำเครื่องหมายกากบาทหน้าข้อที่เหมาะสม
Please attach the evidence to the Claim Form and tick the appropriate box. Failure to provide all necessary evidence may result in delays in handling your claim.

- a) ต้นฉบับจดหมายจากบริษัทท่องเที่ยวเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการบอกเลิกการเดินทาง ซึ่งระบุค่าใช้จ่ายในการเดินทางของท่าน จำนวนเงินคืน และจำนวนที่ไม่สามารถเรียกคืนได้จากบริษัทท่องเที่ยวของท่าน
Original Travel Company's letter detailing cancellation charges. This should show amounts paid for your travel, amounts refunded and amounts which cannot be refunded by your travel company.
- b) ต้นฉบับตั๋ว / ใบเสร็จ / ใบผ่าน ถ้าหากว่าไม่สามารถขอคืนเงินได้
Original tickets / vouchers / passes if they are completely non-refundable.
- c) ต้นฉบับตัวใบรับรองแพทย์ (กรุณากรอกข้อมูลเพิ่มเติมในส่วน H)
Original Medical certificate from the treating doctor (Please arrange for Section H to be completed)
- d) รายละเอียดนโยบายการบอกเลิกการเดินทางของบริษัทท่องเที่ยวเกี่ยวกับการขอคืนเงิน และค่าธรรมเนียมการบอกเลิกการเดินทาง
Details of the travel company's cancellation policy detailing refund and cancellation penalty information.
- e) ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการชำระเงิน
Original Trip proof of payment.

ส่วน C – การจ่ายสินไหม (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

SECTION C – CLAIM PAYMENT METHOD AND DECLARATION (To be completed in all cases)

1. กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ท่านต้องการ โดยทำเครื่องหมายหน้าข้อที่ต้องการ
Please tick your preferred method of payment.

<input type="checkbox"/>	ผ่านธนาคารของท่าน Direct Credit to your Bank Account	ชื่อธนาคาร: Name of Bank	<input type="text"/>
		ชื่อบัญชี: Account Name	นาย / นาง / นางสาว <input type="text"/>
		รหัสธนาคาร: Bank Code	Mr. / Mrs. / Miss <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		รหัสสาขา: Branch Code	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		เลขที่บัญชี: Account Number	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	โดยเช็คส่งไปยังที่อยู่ (ที่ระบุในส่วน A) By cheque to the correspondence address (detailed in Section A)		

กรุณาอ่านคำรับรองข้างล่างนี้อย่างระมัดระวังและลงชื่อพร้อมวันที่
Please read the declaration carefully and sign and date below

คำรับรอง DECLARATION	ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าทราบดีว่าผู้บริหารงานหรือตัวแทนอาจจะมอบให้หรือนำข้อมูลมาจากผู้ประกันภัยรายอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่น ซึ่ง รายละเอียดส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องสินไหมนี้ I / We declare that all statements and particulars contained on this claim form are true and correct. I / We acknowledge that the underwriter or its agent may give to and obtain from other insurers and / or other authorities, personal information relating to this claim.
ลายเซ็นผู้เรียกร้องสินไหม Signature of Person Claiming	_____ วันที่ Date _____ / _____ / _____

ส่วน D - ใบรับรองแพทย์

SECTION D – MEDICAL CERTIFICATE

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากการบอกเลิกการเดินทางเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณาให้แพทย์ของท่านกรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้ครบถ้วน
In order for your Trip Cancellation claim to be dealt with promptly, please ensure this section is fully completed by your Doctor.

- | | |
|--|--|
| 1. ชื่อผู้ป่วยที่ท่านทำการรักษา (เช่น ผู้ทำประกัน)
Name of Person to whom this certificate applies (i.e. the person whose state of health caused the claim)
<input type="text"/> | 3. กรุณาชี้แจงรายละเอียดของอาการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสินไหม
Please give precise details of the nature of the illness or injury which gave rise to this claim.
<input type="text"/> |
| 2. ท่านเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าใช่กรุณาระบุระยะเวลาที่
คนไข้อยู่ในความดูแลของท่าน
Are you the patient's usual medical attendant? If yes, for how long?
<input type="text"/> | |

ส่วน D มีต่อด้านหลัง
Section D continues overleaf

4. กรุณาระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

What was the date of onset of the illness or the date the injuries were received?

5. กรุณาระบุวันที่วันแรกที่ท่านได้ทำการรักษา

What was the date you first investigated or were consulted by the patient for this condition?

6(a). ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรักษาความเจ็บป่วย หรืออาการบาดเจ็บในลักษณะเดียวกัน หรือที่ใกล้เคียงกันนี้ตามที่ระบุในข้อ 3 มาก่อน และเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนที่จะตรวจพบ หรือไม่
Has the patient previously been investigated, diagnosed or treated in respect of the same, similar or related illness or that injury as described in question 3 and is there any indication that the condition was pre-existing?

เคย Yes ไม่เคย No

6(b). ถ้าเคย ผู้ป่วยได้รับการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อไร และกรุณาระบุวิธีการรักษา และ / หรือใบสั่งยา

If yes, when was the last time, prior to the occurrence which gave rise to this claim and what treatment and / or medication was prescribed?

7. อาการเจ็บป่วยนี้ สืบเนื่องมาจากผลของการเสพยาเสพติด แอลกอฮอล์ หรือการติดยาเสพติด หรือไม่

Is there any indication that the condition suffered was due to substance, alcohol or drug abuse?

ใช่ Yes

ไม่ใช่ No

ไม่แน่ใจ Uncertain

8. คนไข้ได้รับคำแนะนำให้รักษา และ / หรือรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างการเดินทาง หรือไม่

Was the patient advised to continue this treatment and / or medication whilst on their overseas trip?

9. ตามเหตุผลในข้อ 3 ท่านสามารถยืนยันว่าเป็นเหตุผลในการบอกเลิกการเดินทางได้หรือไม่

Please can you confirm that solely due to the condition described in question 3, the claimants was / were compelled to cancel the travel arrangement?

10. ท่านได้แนะนำให้คนไข้บอกเลิกการเดินทางในต่างประเทศ ด้วยสาเหตุของความเจ็บป่วย / บาดเจ็บซึ่งได้ระบุในข้อ 3 หรือไม่

Did you recommend that the patient cancel all overseas travel because of their illness / injury described in Questions?

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุในใบรับรองแพทย์นี้เป็นความจริงและถูกต้อง

I certify that the statements contained in this Medical Certificate are true and correct.

ลายเซ็นแพทย์:

Doctor's signature

ชื่อแพทย์:

Doctor's Name

วุฒิบัตร:

Qualification

วันที่:

Date

ที่อยู่แพทย์:

Doctor's Address

รหัสไปรษณีย์:

Postcode

โทรศัพท์:

Doctor's Telephone

แฟกซ์:

Fax

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อเสนอแนะต่างๆ

Space for additional Information or Comments.

DATE: PATIENT NAME:	FROM : MONDIAL ASSISTANCE THAILAND TEL NO : + 66 (0) 2 305 85 33
CASE: FAX NO :	FAX NO : + 66 (0) 2 305 85 23

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I, _____ passport number _____,
hereby authorize any hospital, physician or other person who has medically examined me to
furnish Mondial Assistance Thailand any all information with respect to any illness or injury,
medical history, consultation, prescription or treatment that were rendered to me. A Photostat
/Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I understand that this authorization will allow Mondial Assistance Thailand to use the
information obtained to investigate and adjudicate my claims.

(Patient's Signature)

(Witness Signature)

Date signed by Above & Location

MONDIAL ASSISTANCE (THAILAND) CO., LTD.

29th Floor, Thanapoom Tower
1550 New Petchburi Road, Makasan
Rajthevi, Bangkok 10400 Thailand
Tel: +66 (0) 2305-8555 Fax: +66 (0) 2305-8556
www.mondial-assistance-thailand.com

MEDICAL ASSISTANCE

Tel: +66 (0) 2305 8525
Fax: +66 (0) 2305 8524