



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

# มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

693 ถนนบำรุงเมือง แขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100

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

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 2150
วันที่ 5 มี.ค. 2564
เวลา 11:45 น.

ที่ สว (ว) ๙ /๒๕๖๔

๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เลข..... ๒๒๓๙  
 เลขที่รับ 286  
 วันที่ 05 มี.ค. 2564  
 ชื่อ..... ภูริ

เรื่อง กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา  
กรรมการและเลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัดพะเยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุอาสาสมัคร และบุคคลที่ได้รับคำสั่งให้เดินทางไปร่วมปฏิบัติกิจกรรมของมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้สิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔

ในการนี้ สำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. ได้ดำเนินการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุเรียบร้อยแล้ว จะมีผลคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาแจ้งให้อาสาสมัคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบด้วย  
จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ)  
ผู้อำนวยการสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว.

งานบุคคล  
ต่อ ๒๑๐๔, ๒๑๑๗



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวรันส์

New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Pivak Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ณ: 0100522000494 / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

ต้นฉบับ / Original

## การประกันภัยอุบัติเหตุ

ต่ออายุปีที่ 10 No. 122706

รหัสบริษัท Company Code NHI

กรมธรรม์เลขที่ Policy No. 64-122746-K

 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) มุลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี  
The Policy Holder ที่อยู่ (Address) 693 ถนนบำรุงเมือง แขวงคลองมอหาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 101002. ผู้เอาประกันภัย: The Insured  
อาชีพ: Occupation -  
ชั้นอาชีพ: Occupation Class  
อายุ: Age -3. ผู้รับผลประโยชน์: ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary: Name and Address  
ทายาทโดยธรรม  
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย: Relationship to the insured -4. ระยะเวลาประกันภัย เริ่มแต่วันที่ 29 มกราคม 2564 เวลา 12.00 น. ถึงวันที่ 29 มกราคม 2565 เวลา 12.00 น.  
Period of Insurance: From 29 มกราคม 2564 at 12.00 hours To 29 มกราคม 2565 at 12.00 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 ซากตา หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.1) Result 1. Loss of life, Dismemberment, Loss of Sight or Permanent Disability (P.A.1)	ไม่คุ้มครอง		ไม่มี
1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ซากตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) Result 1. Loss of life, Dismemberment, Loss of Sight hearing Speech or Permanent Disability (P.A.2)	ตั้งเอกสารแนบ		359,150.00.-
2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Result 2. Total Temporary Disability	ไม่เกิน Max. ไม่คุ้มครอง สัปดาห์ Weeks	ไม่มี	ไม่มี
3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน Result 3. Partial Temporary Disability	ไม่เกิน Max. ไม่คุ้มครอง สัปดาห์ Weeks	ไม่มี	ไม่มี
4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง Result 4. Medical Expenses Each Accident	ตั้งเอกสารแนบ	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

 ตัวแทน  
Agent นายหน้าประกันภัยบุคคล  
Brokerบริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวรันส์ จำกัด (มหาชน)  
วิสาหกิจ 00-0008047-000ใบอนุญาตเลขที่  
License No.

วันที่ทำสัญญาประกันภัย: 29 มกราคม 2564

วันที่ออกกรมธรรม์ประกันภัย: 18 กุมภาพันธ์ 2564

Agreement made on: 29 มกราคม 2564 Policy issued on: 18 กุมภาพันธ์ 2564

เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัท โดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ได้ลงลายมือชื่อและประทับตราของบริษัทไว้เป็นสำคัญ 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.

ผู้จัดการสำนักงานประเทศไทย และ ประธานคณะผู้บริหาร

Country Manager and Chief Executive Officer

พยาน/Witness

0100522000494

การขยายความคุ้มครอง

(ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม)

รหัสบริษัท NHI

อ.บ. 3

เอกสารแนบท้ายเลขที่ -	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 64-122746-K	วันที่ทำเอกสาร 18 กุมภาพันธ์ 2564
ชื่อผู้เอาประกันภัย	ดังเอกสารแนบ	
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	29 มกราคม 2564 เวลา 12.00 น.	สิ้นสุดวันที่ 29 มกราคม 2565 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	
	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
(1.) สงคราม การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ	"-----"		"-----"		ไม่คุ้มครอง		"-----"	
(2.) การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวาย ถึงขนาดถูกยึดต่อต้านรัฐบาล	"-----"		"-----"		ดังเอกสารแนบ		"-----"	
(3.) การเล่นหรือแข่งกีฬาอันตราย	"-----"		"-----"		ไม่คุ้มครอง		"-----"	
(4.) การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	"-----"		"-----"		ดังเอกสารแนบ		"-----"	
(5.) การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์	"-----"		"-----"		ดังเอกสารแนบ		"-----"	

กีฬาอันตราย หมายถึง การล่าสัตว์ในป่า แข่งรถ แข่งเรือ แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โดครัม (เว้นแต่การโดครัม เพื่อรักษาชีวิต) ขณะที่กำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลถุน หรือเครื่องร่อน การเล่นบันจี้จัมพ์ การปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยการดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ

ความรับผิดชอบของบริษัทมีไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน

ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อกเว้นอื่นๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวรันส์  
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Pivak Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
เลขทะเบียนการค้า / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

## เอกสารแนบท้ายนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 64-122746-K

### 1. ผู้เอาประกันภัย

- 1.1. อาสาสมัครซึ่งจดทะเบียนไว้กับ มูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
- 1.2. เจ้าหน้าที่ประจำเครื่องบิน ขณะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ สำหรับกิจกรรมของโครงการ
- 1.3. พนักงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่ ของมูลนิธิแพทย์อาสาซึ่งเดินทางไปกับคณะของมูลนิธิเพื่อออกให้บริการ
- 1.4. บุคคลอื่นที่มีได้จดทะเบียนไว้กับ มูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี  
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 แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี  
คุ้มครองถึงอายุ 80 ปี)

### 4. จำนวนเงินจำกัดความรับผิด

4.1 ไม่เกิน 10,000,000 บาท ต่อหนึ่งเหตุการณ์

4.2 ไม่เกิน 2,000,000 บาท ต่อหนึ่งเหตุการณ์ ขณะเดินทางโดยอากาศยานที่มีได้ประกอบการ โดยสายการบินพาณิชย์  
รวมถึงเครื่องเฮลิคอปเตอร์

จำนวนเงินของการรับผิดและค่าใช้จ่ายเสียหายจะถูกแบ่งออกตามอัตราส่วน ระหว่างบุคคลผู้มีประกันภัย และหรือผู้รับ  
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  
คำรักษาพยาบาล คนละ ไม่เกิน 100,000.- บาทต่อคน

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

### 5. อาณาเขตที่คุ้มครอง

การประกันภัยนี้คุ้มครองเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น

### 6. การขยายความคุ้มครอง



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวร์นซ์  
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

**เอกสารแนบท้ายนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 64-122746-K**

6.1 การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการ โดยสารการบินพาณิชย์ รวมถึงเครื่อง  
เฮลิคอปเตอร์

6.2 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์  
ข้อยกเว้น ข้อ 2 ข และ ค ในกรมธรรม์ให้ยกเลิกไป

6.3 การจลาจล และการนัดหยุดงาน

6.4 ค่าใช้จ่ายการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินไม่เกิน 50,000 บาท ต่อคน

6.5 ภัยจากการก่อการร้าย

**7. การยกเลิกกรมธรรม์**

(นอกเหนือจากภัยสงคราม) ระยะเวลาของการบอกกล่าวยกเลิกกรมธรรม์ ที่ระบุเงื่อนไขข้อ 10.1 ของกรมธรรม์  
ให้เปลี่ยนจากไม่น้อยกว่า 15 วัน เป็นไม่น้อยกว่า 30 วัน

**8. ผู้รับผลประโยชน์**

ทายาทของบุคคลผู้มีประกันภัย โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

8.1 ทายาทผู้มีสิทธิ์ได้รับค่าทดแทน จะต้องกำหนด โดยผู้ถือกรมธรรม์และแจ้งให้บริษัททราบ

8.2 ในกรณีที่ผู้สิทธิ์ได้รับค่าทดแทนมากกว่า หนึ่งคน จำนวนเงินค่าทดแทนที่แต่ละบุคคล

จะได้รับจะต้องกำหนดโดยถือกรมธรรม์ 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
การขับขี่ 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

โดยการซื้อถือข้อแกลงในใบคำขอเอาประกันภัย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ และถือเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้ถือกรรมธรรม์หรือบุคคลผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้บังคับเงื่อนไขทั่วไป ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้นและเอกสารแนบท้ายแห่งกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทให้สัญญาต่อไปนี้

การคุ้มครอง : ตามข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่แนบติด

เงื่อนไขทั่วไป

1. คำนิยาม : เพื่อใช้ในกรรมธรรม์ประกันภัยและเอกสารแนบท้ายกรรมธรรม์ประกันภัยนี้

- |                                      |             |  |
|--------------------------------------|-------------|--|
| 1.1 "บริษัท"                         | หมายความว่า | บริษัทที่ออกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้  |
| 1.2 "ผู้ถือกรรมธรรม์"                | หมายความว่า | บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้ถือกรรมธรรม์ในตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งเป็นผู้จัดให้มีการประกันภัย เพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย  |
| 1.3 "ผู้เอาประกันภัย"                | หมายความว่า | บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือเอกสารแนบ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกรรมธรรม์นี้   |
| 1.4 "ตาราง"                          | หมายความว่า | ตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้   |
| 1.5 "อุบัติเหตุ"                     | หมายความว่า | เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน จากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลที่ผู้เอาประกันภัยมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง  |
| 1.6 "ความบาดเจ็บ"                    | หมายความว่า | การบาดเจ็บทางร่างกาย อันเป็นผลโดยตรงจากอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดขึ้น โดยเอกเทศ และโดยอิสระจากเหตุอื่น  |
| 1.7 "ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง"           | หมายความว่า | ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป  |
| 1.8 "ทุพพลภาพถาวรบางส่วน"            | หมายความว่า | ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำตามปกติได้ตลอดไป แต่ทำงานอื่นเพื่อเลี้ยงชีพได้  |
| 1.9 "ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง"       | หมายความว่า | ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้โดยสิ้นเชิงในช่วงระยะเวลาหนึ่ง  |
| 1.10 "ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน"       | หมายความว่า | ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดในอาชีพประจำตามปกติบางส่วนในช่วงระยะเวลาหนึ่งกิตติ หรือเป็นผลต่อเนื่องจากทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ซึ่งได้ทุเลาเบาบางลงแล้วกิตติ แต่ยังไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้ครบทุกส่วนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง |
| 1.11 "ความรับผิดชอบส่วนแรก"          | หมายความว่า | ความเสียหายส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเอง   |
| 1.12 "ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ" | หมายความว่า | ความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุ และทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพ หรือต้องเข้ารับการรักษายาพยาบาล   |

2. ความสมบูรณ์แห่งสัญญาและการเปลี่ยนแปลงข้อความในสัญญาประกันภัย

กรรมธรรม์ประกันภัยนี้ รวมทั้งข้อตกลงคุ้มครองและเอกสารแนบท้าย ประกอบกันเป็นสัญญาประกันภัย การเปลี่ยนแปลงข้อความใดๆ ในสัญญาจะต้องได้รับความยินยอมจากบริษัทและได้บันทึกไว้ในกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ หรือในเอกสารแนบท้ายแล้วจึงจะสมบูรณ์

3. การแจ้งอุบัติเหตุ

ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงความบาดเจ็บโดยไม่ชักช้า ในกรณีที่มีการเสียชีวิตต้องแจ้งให้บริษัททราบทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุจำเป็นอันสมควรจึงไม่อาจแจ้งให้บริษัททราบ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นได้ แต่ได้แจ้งโดยเร็วที่สุดที่จะกระทำได้

4. การส่งหลักฐานความเสียหาย

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทน ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าว แล้วแต่กรณีจะต้องส่งหลักฐานตามที่บริษัทต้องการตามความจำเป็นให้แก่บริษัท โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ ให้ส่งหลักฐานดังกล่าวข้างต้น ภายใน 30 วัน นับแต่วันเสียชีวิตหรือวันที่เริ่มเกิดทุพพลภาพ ส่วนในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนอย่างอื่น ให้ส่งหลักฐานภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ แต่การไม่เรียกร้องภายในกำหนดดังกล่าวทำให้สิทธิการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถเรียกร้องได้ภายในกำหนด และได้ทำการเรียกร้องโดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้แล้ว

สำหรับการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ต้องส่งใบเสร็จแสดงรายจ่ายต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้ประกันอื่น แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว ให้ผู้เอาประกันภัยส่งสำเนาใบเสร็จพร้อมต้นฉบับการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัทได้

5. การตรวจทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิจะขอตรวจร่างกายของผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่บริษัทพิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนตามที่ได้เห็นสมควรรวมทั้งการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุ

## 6. การจ่ายค่าทดแทน

ค่าทดแทนสำหรับการเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ ส่วนค่าทดแทนอย่างอื่นจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย ภายในกำหนดระยะเวลาดังต่อไปนี้

- 6.1 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 และข้อ 4 จะจ่ายภายใน 20 วัน นับแต่วันที่ บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสียที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว  
6.2 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงข้อ 2 และข้อ 3 จะจ่ายให้ในวันที่กำหนดทุกๆ 4 สัปดาห์ตลอดระยะเวลาทุพพลภาพ แต่ไม่เกิน 52 สัปดาห์

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดใช้ตามกรมธรรม์ประกันภัยตามข้อ 6.1 หรือข้อ 6.2 ดังกล่าวข้างต้นไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายไปอีกได้ตามความจำเป็นแต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

สำหรับการเรียกร้องตามข้อ 6.2 จะขยายระยะเวลาตามวรรคก่อนได้เฉพาะกำหนดการจ่ายครั้งแรกเท่านั้น การระงับการพิสูจน์ว่าการเรียกร้องค่าทดแทนไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองตามกรมธรรม์เป็นหน้าที่ของบริษัท ในการนี้ผู้ถือกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์จะต้องให้ข้อเท็จจริง และความสะดวกแก่บริษัทตามสมควร หากบริษัทไม่อาจจ่ายค่าทดแทนให้แล้วเสร็จ ภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้อีกในอัตราตามที่นายทะเบียนประกาศกำหนด ทั้งนี้นับตั้งแต่วันที่ครบกำหนดชำระ

## 7. การจำกัดความรับผิดชอบตลอดระยะเวลาประกันภัย

ตลอดระยะเวลาการประกันภัย บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับผลที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 รวมกันไม่เกินจำนวนเงินดังระบุไว้ในตาราง และเมื่อมีการจ่ายค่าทดแทนตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 เต็มวงเงินจำกัดความรับผิดชอบดังที่ระบุไว้ในตารางแล้ว ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ยังมีผลบังคับต่อไปตลอดระยะเวลาประกันภัยที่เหลือ ทั้งนี้เฉพาะตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 4 (ถ้ามี) เท่านั้น

## 8. การเปลี่ยนอาชีพ

ถ้าผู้เอาประกันภัย ได้รับบาดเจ็บในขณะที่กระทำการโดยมีค่าตอบแทนในอาชีพอื่นที่มีการเสี่ยงอันตรายมากกว่าอาชีพที่ได้แจ้งไว้แต่เดิม บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้เป็นจำนวนเงินเท่าเบี้ยที่ได้รับชำระแล้วสำหรับอาชีพเดิมจะซื้อความคุ้มครองสำหรับอาชีพใหม่ได้

ถ้าผู้เอาประกันภัย เปลี่ยนอาชีพเป็นอาชีพประเภทอื่น ซึ่งบริษัทกำหนดไว้ว่าเป็นอาชีพที่มีการเสี่ยงภัยน้อยกว่าอาชีพประเภทที่แจ้งไว้กับบริษัท บริษัทจะลดเบี้ยประกันภัยลง และจะคืนเบี้ยประกันภัยให้ตามส่วน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงการเปลี่ยนอาชีพแล้ว

## 9. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่มีข้อพิพาท ข้อขัดแย้ง หรือข้อเรียกร้องใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท และหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์ และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้น โดยวิธีการอนุญาโตตุลาการ บริษัทตกลงยินยอมและให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการตามข้อบังคับกรมการประกันภัยว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

## 10. การเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

10.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการส่งหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้ถือกรมธรรม์ตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีนี้บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

10.2 ผู้ถือกรมธรรม์ จะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ 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

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้จะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติเมื่อผู้เอาประกันภัย ถูกจองจำอยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ซึ่งบริษัทจะคืนเบี้ยในส่วนของผู้เอาประกันภัยนั้นให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

## 12. เงื่อนไขบังคับก่อน

บริษัทอาจจะไม่รับผิดชอบใช้ค่าทดแทนตามกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เว้นแต่ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วนตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรรมธรรม์ประกันภัย



# สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

อ.บ. 2

## ข้อตกลงคุ้มครอง

บริษัทให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางเท่านั้น การประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางร่างกายของบุคคลผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้ :-

### ข้อ 1 : การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวร

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้บุคคลผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัวติดต่อกัน ในฐานะ

คนไข้ใน ในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้

- 1.1 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต
- 1.2 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 12 เดือนนับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าบุคคลผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- 1.3 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
- 1.4 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.5 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาหนึ่งข้าง
- 1.6 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาหนึ่งข้าง
- 1.7 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
- 1.8 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.9 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาหนึ่งข้าง
- 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 การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึง การสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป การสูญเสียสายตา หมายความว่า ตาบอดสนิท และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อนี้เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น เว้นแต่กรณีที่มีการสูญเสียนิ้วมือหรือนิ้วเท้า โดยถาวรสิ้นเชิงตาม รายการที่ 1.12 ถึง 1.19 และไม่อาจเรียกร้องค่าทดแทนตามรายการใดรายการหนึ่งในรายการที่ 1.1 ถึง 1.9 ได้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความสูญเสียที่แท้จริงในแต่ละรายการรวมกัน แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ในกรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วน ซึ่งไม่สามารถเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดไว้ตามรายการที่ 1.2 ถึง 1.19 ได้และไม่ใช่เป็นการสูญเสียสมรรถภาพในการเดินหรือคลาน บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความเห็นของแพทย์ของบริษัท แต่ไม่เกิน 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

**ข้อ 2 : ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง**

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตารางตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1.

**ข้อ 3 : ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน**

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วนภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุบริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตารางตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่(สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1. หรือ ข้อ 2.

**ข้อ 4 : การรักษาพยาบาล**

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษาพยาบาล โดยแพทย์ ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ตามกฎหมาย หรือต้องได้รับการพยาบาลโดยพยาบาลที่มีใบอนุญาต บริษัทจะชดเชยค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปจริง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ สำหรับค่ารักษาพยาบาล ค่าการพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการจ้างพยาบาลพิเศษ ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินที่บริษัทต้องรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตาราง หักด้วยจำนวนเงินส่วนแรกที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบด้วยตนเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

แต่หากบุคคลผู้เอาประกันภัยได้รับการชดใช้จากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัทจะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวร์นซ์

New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพารามอเตอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Pivot Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

## คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหมหรือเงินทดแทน

### การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

#### 1. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต

- 1.1 ให้ผู้รับประโยชน์หรือญาติรับแจ้งบริษัทฯ ทราบทันที (โทรศัพท์, โทรเลข, ฯลฯ) รักษาศพให้คงสภาพเดิม จัดให้มีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย ขลอการเผาหรือฝังไว้จนกว่าเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ ไปตรวจสอบ หากจำเป็นต้องตรวจชันสูตร โดยแพทย์ที่บริษัทฯ จัดหาเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ จะแจ้งให้ทราบและจัดหาแพทย์ทำการตรวจชันสูตรในเวลาอันควร
- 1.2 ให้ผู้รับประโยชน์หรือญาติจัดเก็บเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมการเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุ ส่งให้บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันเสียชีวิต
  - สำเนาใบมรณะบัตรของผู้เอาประกันภัย
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์
  - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์
  - สำเนามันที่กประจำวันของเจ้าพนักงานตำรวจ
  - สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากเจ้าพนักงานตำรวจ
  - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา (หากเสียชีวิตระหว่างการรักษา)
  - กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้รับผลประโยชน์ลงลายมือชื่อ
  - เอกสารอื่น ๆ (จะแจ้งให้ทราบเป็นราย ๆ )

#### 2. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บ

- 2.1 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง แจ้งให้บริษัทฯ ทราบโดยไม่ชักช้า
- 2.2 กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้ถือกรรมสิทธิ์ลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้อง (คอนด่าง)” และผู้บาดเจ็บลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้องค่าทดแทน” (ใบมอบอำนาจ-คอนบน) แล้วรีบส่งบริษัทฯ โดยไม่ต้องรอส่งพร้อมเอกสารอื่น
- 2.3 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้เรียกร้องค่าทดแทนส่งเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหม-ค่ารักษาพยาบาล
  - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (หากบาดเจ็บเล็กน้อยจะใช้แบบฟอร์มของแพทย์ก็ได้)
  - ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ออกทุกครั้งที่ได้รับการรักษาพยาบาล หากเป็นค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (คนไข้ใน) ต้องมีใบรายการแสดงการคิดเงินค่ารักษาพยาบาลด้วย
  - หากมีการเรียกร้องการชดเชยรายสัปดาห์ (ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง) ต้องส่งเอกสารยืนยันการหยุดงานจากนายจ้าง และรายงานแพทย์ยืนยันระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้โดยสิ้นเชิง

หมายเหตุ : หากท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรุณาติดต่อที่ โทร. 0-2649-1999 ในเวลาทำการ (อ.-ศ. เวลา 8.30 น. - 17.00 น.)

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

## ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

### 1. ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

ก. การกระทำของบุคคลผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

ข. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง

ค. การได้รับเชื้อ โรค เว้นแต่การติดเชื้อ โรค หรือบาดเจ็บหัก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ

ง. การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

จ. การแพ้ปลูก

ฉ. การรักษาฟัน การรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

ช. การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเลื่อน (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

ซ. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน

ณ. อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง

### 2. ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

ก. ขณะที่บุคคลผู้เอาประกันภัยล่าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โดร่ม (เว้นแต่การโดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย คำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ

ข. ขณะที่บุคคลผู้เอาประกันภัยขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์

ค. ขณะที่บุคคลผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มี ใต้จกทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์

ง. ขณะที่บุคคลผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ

จ. ขณะที่บุคคลผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาท หรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท

ฉ. ขณะที่บุคคลผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม

ช. ขณะที่บุคคลผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการ ในสงครามหรือปราบปราม

แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย ตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงครามหรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้น ให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตาราง

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

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

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม		กรมธรรม์เลขที่	
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่	เพศ	วัน/เดือน/ปีเกิด	/ /
ที่อยู่			
อาชีพ		อีเมลที่ติดต่อได้	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า)		เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน	
ในกรณีที่ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์		ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท	
สำหรับกรมธรรม์ประกันการเดินทางโปรดระบุระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี) / / ถึงวันที่ / / ประเทศ			

ช่องทางกรอกข้อมูล

เช็คเงินสด

- ที่อยู่ในการจัดส่งเช็คเงินสดเป็นจดหมายลงทะเบียน

---



---

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ก่อกำหนดการเรียกร้องค่าสินไหม

- ค่ารักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง (ส่วนที่ 1)
- ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กอล์ฟ / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางรวมถึงโน้ตบุ๊กเนื่องจากภัยธรรมชาติ (ส่วนที่ 2)
- ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (ส่วนที่ 3)
- การเลื่อนหรือการยกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง (ส่วนที่ 4)
- การเสียชีวิต / ทูพลาภาพ / การสูญเสียอวัยวะ (ส่วนที่ 5)
- อื่นๆ เช่น กระเป๋าเงินสูญหาย ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น (ส่วนที่ 6)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ  
ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้กับบริษัทประกันภัยรายอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท นิวแอมพ์เซอร์ อินชัวร์นส์ สาขาประเทศไทย และ/หรือ บริษัท เอโอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิลิซิงค์กับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย	วันที่	ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน	วันที่
		(ในกรณีที่มิได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหายไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)	

**ส่วนที่ 1 : คำรักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง**

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

กรณีที่ได้รับบาดเจ็บไปรดบรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยไปรดบรยายอาการที่ปรากฏ

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้**  
**คำรักษาพยาบาล / การชดเชยค่าผ่าตัด**

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับคำรักษาพยาบาล/ค่าผ่าตัด (ที่ระบุรายการคำรักษาพยาบาลต่างๆ)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีประกันภัยเดินทางต่างประเทศ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก
- กรณีเรียกร้องคำรักษาพยาบาลในประเทศภูมิลำเนาของ Overseas Student ต้องส่งเอกสารรับรองการกลับไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ เช่น ตารางการเดินทางเพื่อกลับไปศึกษาต่อ, ใบลงทะเบียนเรียน

**การชดเชยรายได้**

- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุชื่อ)

**ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง**

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
- รายงานผลชิ้นเนื้อ

**ส่วนที่ 2: ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กอล์ฟ / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง รวมถึงใต้นกบัตรเนื่องจากภัยธรรมชาติ / การสูญเสียบัตรหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว**

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

กรุณาระบายลักษณะการเกิดเหตุ

รายละเอียดของรายการสูญหาย / เสียหาย

รายการสูญหาย / เสียหาย	วัน/เดือน/ปี ที่ซื้อ	ราคาซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้**

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

**การสูญหายของเงินส่วนตัว**

- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ

**การสูญหายของเอกสารเดินทาง**

- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง, ค่าที่พัก และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่

**การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง**

- หมายเหตุรับรองความสูญเสียหรือเสียหายจากทางโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง
- รายการและราคาของที่สูญเสียบรรยากาศ
- ข่าวสารที่ระบุว่าเกิดเหตุภัยธรรมชาติ

**อุปกรณ์กอล์ฟ**

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าซ่อมแซม หรืออุปกรณ์ที่ซื้อใหม่
- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ
- หนังสือรับรองจากสนามกอล์ฟ

**การสูญเสียบัตรหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว**

- หมายเหตุรับรองความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากฝ่ายบริหารของโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง กรณีการสูญเสียบัตรหรือเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง
- ใบบันทึกประจำวันที่ตำรวจออกให้ภายใน 24 ชม. นับจากเวลาเกิดเหตุ กรณีการสูญเสียบัตรหรือเสียหายเกิดจากการขู่ขโมย หรือบังคับในลักษณะรุนแรง

**ส่วนที่ 3: 3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน**  
**3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง**

**3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน**

กรุณาระบายสาเหตุการล่าช้าในการเดินทาง/การพลาดเที่ยวบิน

สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ)

**กำหนดการเดินทางเดิม**

วัน/เดือน/ปี	/	/	เวลาออกเดินทาง	เวลาที่มาถึง	เที่ยวบิน
--------------	---	---	----------------	--------------	-----------

**กำหนดการเดินทางใหม่**

วัน/เดือน/ปี	/	/	เวลาออกเดินทาง	เวลาที่มาถึง	เที่ยวบิน
--------------	---	---	----------------	--------------	-----------

**- เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้**

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

กรณีการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง - กรุณาแนบใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเลื่อนหรือบอกเลิกการเดินทาง และเอกสารการได้รับการคืนเงิน (ถ้ามี)  
กรณีการลดจำนวนวันเดินทาง - กรุณาแนบใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง และเอกสารการได้รับการคืนเงิน (ถ้ามี)

**ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต / ทุพพลภาพ**

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

**เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้**

การเสียชีวิต

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

ทุพพลภาพ

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
- รูปถ่ายการทุพพลภาพ/การสูญเสียอวัยวะ (ในกรณีที่จ่ายผู้รับผลประโยชน์จะต้องแนบเอกสารของผู้รับผลประโยชน์มาด้วย ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน)
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)

**ส่วนที่ 6: การเรียกร้องความคุ้มครองอื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก, ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น**

กรุณาระบายรายละเอียด				
วันที่เกิดเหตุ	/	/	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
จำนวนเงิน				
บาท				

**เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้**

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 สามารถดูเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมเพิ่มเติมได้ที่ [www.aig.co.th](http://www.aig.co.th)\*\*

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:  
ทส. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998

แผนกสินไหมทดแทน  
รับ 22 อาคารสายพวธรรม์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ติดต่อสอบถามผลการพิจารณาสินไหม  
ทส. 0 2649 1999 กด 1 และ 2 (เวลาก่อนการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8.30 - 17.00 น.)  
อีเมล: [claimshareservices@aig.com](mailto:claimshareservices@aig.com)

แนะนำบริการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน  
ทส. 0 2649 1596 โทรสาร 0 2649 1998  
อีเมล: [complaint.th@aig.com](mailto:complaint.th@aig.com)

หมายเหตุ: การประกอบธุรกิจของกลุ่มบริษัทเอไอจี ประเทศไทย ประกอบด้วย บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ บริษัท นิวแอมพีเออร์ อินชัวร์รันส์

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับค่าที่พัก ค่าอาหาร และเครื่องดื่ม ที่เกิดขึ้นจากการพลาดเที่ยวบิน

### 3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

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

ผู้เอาประกันมีรายการชื่อของไฟท์ที่จำเป็นระหว่างการล่าช้าที่เกิดขึ้น ใช่หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว หรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็นที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

#### เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

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

##### 1. ความล่าช้าในการเดินทาง

- หนังสือรับรองการล่าช้าจากสายการบิน
- บัตรโดยสารและตัวเครื่องบินทั้งหมด

##### 2. การพลาดเที่ยวบิน

- หนังสือรับรองการพลาดเที่ยวบินจากสายการบิน
- บัตรโดยสารและตัวเครื่องบินทั้งหมด
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับค่าอาหาร เครื่องดื่มที่จำเป็น ค่าโรงแรม พักระหว่างรอเที่ยวบินทดแทน

##### 3. การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

- หนังสือรับรองการล่าช้าของกระเป๋าเดินทางจากสายการบิน
- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบิน
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายจากบัตรเครดิต สำหรับการซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว หรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็น

### ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการบอกเลิก / ลดจำนวนวันเดินทาง

กำหนดการเดินทางเดิม

ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี	/	/	ถึง วัน/เดือน/ปี	/	/
----------------------	---	---	------------------	---	---

กำหนดการเดินทางใหม่

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