



คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและอีเมลสำหรับแจ้งความคืบหน้าในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- ท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมายังเอไอจีได้ 2 ช่องทาง ดังนี้
 - ไปรษณีย์: แผนกสินไหมทดแทน ตู้ ป.ณ. 40 ปณศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330
 - ตัวแทน/นายหน้าประกันภัยที่ท่านซื้อกรมธรรม์
- เมื่อเอไอจีได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว เอไอจีจะทำการส่ง SMS เพื่อยืนยันการรับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุเป็นเพียงเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต้องพิจารณาค่าสินไหมทดแทนของท่าน เอไอจีอาจขอข้อมูล/เอกสารเพิ่มเติมเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนไม่ครบถ้วน เอไอจีจะติดต่อท่านเพื่อขอข้อมูล/เอกสารภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครบถ้วนสมบูรณ์ เอไอจีจะพิจารณาภายใน 15 วัน พร้อมทั้งแจ้งผลการพิจารณาสินไหมทดแทนทางอีเมล หรือ SMS ให้ท่านทราบ
- ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจำนวนเกินกว่า 100,000 บาท ขอให้ยืนยันตัวตนโดยการถ่ายรูปใบหน้าของผู้ประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์ขณะถือบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางที่เห็นรูปหน้าบัตรอย่างชัดเจน โดยขีดทับข้อมูลศาสนาและหมู่เลือด (ถ้ามี) และขอให้ส่งมาพร้อมกับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนด้วย

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

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

ช่องทางในการรับค่าสินไหมทดแทน

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ : กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / Passport ของเจ้าของบัญชี

ชื่อบัญชี _____ บัญชีเลขที่ ชื่อธนาคาร _____ สาขา _____

บัตรประจำตัวประชาชน / Passport เลขที่ _____ อีเมล _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

เช็คเงินสด : กรุณากรอกที่อยู่ในการจัดส่งเช็คเงินสดเป็นจดหมายลงทะเบียน

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้กับบริษัทประกันภัยรายอื่น และ / หรือ หน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง ค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จากเอไอจี อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) แจ้งผลการพิจารณาเป็นหนังสือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมตามข้อกำหนดที่ระบุในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) อ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ <https://www.aig.co.th/privacy-policy>

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย _____ วันที่ _____

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน _____ วันที่ _____
(ในกรณีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหายไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหม

ส่วนที่ 1 : ค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง / การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

ส่วนที่ 2 : ชดเชย การสูญหายของเงินส่วนตัว / การสูญหายของเอกสารเดินทาง / การสูญเสียหรือเสียหายของอุปกรณ์กล้องและโฮล-อิน-วัน / การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย / การสูญเสียหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ

ส่วนที่ 3 : ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดการต่อเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง / การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน / การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง

ส่วนที่ 4 : การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง / ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก

ส่วนที่ 5 : การเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ / ทูพพลภาพถาวร / ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ

ส่วนที่ 6 : อื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก / ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า / ค่าเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล / ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย / ค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงาน / ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดสถานประกอบกิจการอันเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อที่ได้รับการคุ้มครอง

ส่วนที่ 1 : คำรักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง / การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

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

เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ ไม่ ใช่ กรณีที่ใช่ โปรดระบุชื่อสถานพยาบาลและวันที่

กรณีที่ได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้

คำรักษาพยาบาล / การชดเชยค่าผ่าตัด

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายคำรักษาพยาบาล/ค่าผ่าตัด
- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีไปประกันภัยเดินทางต่างประเทศ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก
- กรณีเรียกรักษาพยาบาลในประเทศภูมิสำเนาของ Overseas Student ต้องส่งเอกสารรับรองการกลับไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ เช่น ตารางการเดินทางเพื่อกลับไปศึกษาต่อ, ใบลงทะเบียนเรียน
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุชื่อ)

ค่าชดเชยรายได้

- สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง/การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

- สำเนาใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- รายงานผลชิ้นเนื้อ (Pathology Report)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ส่วนที่ 2: ชดเชย การสูญหายของเงินส่วนตัว/การสูญหายของเอกสารเดินทาง/การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของอุปกรณ์กอล์ฟและโฮล-อิน-วัน/ การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว/การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า/ การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย/การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ

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

กรุณาระบายลักษณะการเกิดเหตุ

รายละเอียดของรายการสูญหาย / เสียหาย

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเบื้องต้น มีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)
- เอกสารรายงานความเสียหายที่ออกโดยตำรวจ/โรงแรม/บริษัทขนส่ง/สนามบินกอล์ฟ เพื่อประกอบการพิจารณา
- หากโรงแรมหรือบริษัทขนส่งได้เสนอการชดเชย รวมไปถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชย

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้มีดังนี้

ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว/เอกสารเดินทาง / การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า / การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ

- บันทึกระงับจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง, ค่าที่พัก, และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่ (กรณีความสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของเอกสารการเดินทาง)

อุปกรณ์กอล์ฟและโฮล-อิน-วัน

- ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ (กรณีเกิดความสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟเกิดขึ้นในสถานที่สาธารณะ)
- จดหมายรับรองความสูญเสียชีวิตหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากผู้มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้บริหารโรงแรม สายการบิน สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะที่มีอำนาจควบคุมดูแลสถานที่ที่เกิดการสูญเสียชีวิตหรือเสียหายภายใน 24 ชั่วโมง(กรณีเกิดความสูญเสียชีวิตหรือเสียหาย ของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟที่เกิดขึ้นในโรงแรม สายการบิน สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะ)
- หนังสือรับรองจากสนามบินกอล์ฟในกรณีโฮล-อิน-วัน (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยสามารถทำ โฮล-อิน-วันได้)

การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

- หนังสือ เอกสาร หรือหลักฐานอื่นใดที่ออกให้โดยผู้ขนส่ง หรือโรงแรม โดยระบุรายละเอียดของความเสียหาย กรณีที่ความเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรม หรือบริษัทผู้ขนส่ง
- ใบแจ้งความหรือบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องที่ที่เกิดเหตุ ในกรณีการชิงทรัพย์ การโจรกรรม การปล้นทรัพย์ หรือการดำเนินการใด ๆ ในลักษณะไขความรุนแรงหรือโดยการขู่เข็ญจากบุคคลอื่นต่อผู้เอาประกันภัยเพื่อเอากระเป๋าเดินทางและ/ หรือทรัพย์สินส่วนตัว
- สำเนาใบเสร็จรับเงินของทรัพย์สินที่สูญเสียชีวิตหรือเสียหาย

การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย

- สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่
- เอกสารจากกองพิสูจน์หลักฐาน
- ใบประเมินราคาของทรัพย์สินที่เสียหายและรูปถ่าย

ส่วนที่ 3: ความล่าช้าในการเดินทาง/การพลัดการต่อเที่ยวบิน/การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง/การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเส้นทางการบิน/การพลัดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง

ความล่าช้าในการเดินทาง/การพลัดเที่ยวบิน/การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเส้นทางการบิน/การพลัดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง

กรุณาระบายลักษณะการเกิดเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ)		
กำหนดการเดินทางเดิม: วัน/เดือน/ปี	/	/	เวลาออกเดินทาง
กำหนดการเดินทางใหม่: วัน/เดือน/ปี	/	/	เวลาออกเดินทาง
เวลาที่มาถึง	เวลาที่มาถึง	เที่ยวบิน	เที่ยวบิน
กรุณาแนบเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมในหน้าถัดไป			

การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้

ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน / การพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง

- ตัวเครื่องบิน และ Boarding Pass หรือหลักฐานที่ระบุระยะเวลาการเดินทางทั้งหมด
- หนังสือรับรองการพลาดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง
- หนังสือรับรองความล่าช้าของบริษัทขนส่งหรือสายการบิน ที่ระบุถึงสาเหตุของการล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน

การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

- จุดหมายรับรองจากสายการบินยืนยันการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง
- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบินหรือบริษัทขนส่ง

ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกละเลินการเดินทาง/การลดจำนวนวันเดินทาง/ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการ เลื่อนหรือการบอกละเลินการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง / การเดินทางหยุดชะงัก			
กำหนดการเดินทางเดิม	ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี	/	/
ถึง	วัน/เดือน/ปี	/	/
กำหนดการเดินทางใหม่	ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี	/	/
ถึง	วัน/เดือน/ปี	/	/
รายการค่าใช้จ่ายและจำนวนเงิน ที่เกิดจากการเลื่อนหรือการบอกละเลินการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง / การเดินทางหยุดชะงัก			
.....			
.....			
.....			

โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่างนี้ หากสาเหตุของการเลื่อนหรือการบอกละเลินการเดินทาง/การลดจำนวนวันเดินทาง/การเดินทางหยุดชะงัก เกิดจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตของสมาชิกของครอบครัว และ/หรือเพื่อนร่วมเดินทางในกรณีการลดจำนวนวันเดินทาง/การเดินทางหยุดชะงัก

ชื่อ — นามสกุล	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน	วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)
_____	_____	/ /
_____	_____	/ /

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

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

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้

การเลื่อนหรือการบอกละเลินการเดินทาง

- ใบรับรองแพทย์ (กรณีที่ต้องยกเลิกหรือเลื่อนการเดินทางเนื่องจากการบาดเจ็บ/การเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย, การบาดเจ็บสาหัส/การเจ็บป่วยหนักของสมาชิกของครอบครัว)
- สำเนาใบมรณบัตร (กรณีการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกของครอบครัวของผู้เอาประกันภัย)
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร ทะเบียนสมรส (กรณีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย/ประสบอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการบอกละเลินการเดินทาง)
- เอกสารหมายเรียกจากศาล (กรณีได้รับหมายเรียกให้เป็นพยานที่ศาล หรือได้รับหมายใด ๆ จากศาล)
- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีการเกิดการนัดหยุดงานของพนักงานสายการบิน หรือกรณีเหตุการณ์ใด ๆ ที่นำไปสู่การปิดน่านฟ้าหรือสนามบินหลายแห่ง)
- ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องถิ่น และสำเนาทะเบียนบ้านที่เกิดเหตุ (กรณีที่พักอาศัยของผู้เอาประกันภัยที่ใช้เป็นที่อยู่อาศัยในประเทศไทยได้รับความเสียหายรุนแรงจากเหตุไฟไหม้ หรือภัยธรรมชาติ)
- ใบเสร็จรับเงินจากบริษัททัวร์ หรือสายการบิน ค่าที่พัก อาหาร ซึ่งระบุจำนวนเงินที่เรียกเก็บ และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าจะไม่สามารถคืนเงินได้

การลดจำนวนวันเดินทาง

- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาใบมรณบัตร
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร ทะเบียนสมรส (กรณีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย/ประสบอุบัติเหตุ/เสียชีวิตเป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันเดินทาง)
- เอกสารหลักฐานการแสดงว่าเป็นผู้ร่วมเดินทาง
- หนังสือรับรองการถูกกักตักกันเชื้อโรค (กรณีการถูกกักตักกันเชื้อโรคตามคำแนะนำของแพทย์และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันเดินทาง)
- หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีเครื่องบินที่ผู้เอาประกันภัยโดยสารถูกจี้ หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่นำไปสู่การปิดน่านฟ้าหรือสนามบินหลายแห่ง)
- หลักฐานการเกิดภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้น ณ สถานที่ที่อยู่ ณ ขณะการเดินทาง (กรณีเกิดภัยธรรมชาติ ผู้เอาประกันภัยไม่สามารเดินทางตามกำหนดการต่อไปได้)
- สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการซื้อเครื่องบิน
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการซื้อเครื่องบิน และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าจะไม่สามารถคืนเงินได้

ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก

- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่ เข้า-ออก ประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้า-ออกผ่านทางระบบอัตโนมัติ โปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันที่เดินทางเข้า-ออก ของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- หนังสือรับรองการถูกกักตักกันเชื้อโรค หรือใบรับรองแพทย์ของผู้เอาประกันภัย (กรณีการถูกกักตักกันเชื้อโรคตามคำแนะนำของแพทย์)
- ใบรับรองแพทย์ของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่เดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการเดินทางหยุดชะงัก
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น โดยเครื่องบินขี้นประหยัด ค่าเดินทางโดยรถไฟขบวนหนึ่ง ค่าเดินทางทางเรือ หรือรถโดยสารสาธารณะ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับเงินมัดจำค่าเดินทาง และ/หรือค่าที่พักที่ผู้เอาประกันภัยจ่ายไปล่วงหน้าก่อนการเดินทางออกจากประเทศไทย และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าจะไม่สามารถคืนเงินได้

ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพถาวร / ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ

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

กรุณาระบายรายละเอียดการเกิดเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีประกันภัยเดินทางต่างประเทศ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้

การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวร

- ใบรายงานแพทย์ยืนยันการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพ
- รูปถ่ายการทุพพลภาพ / การสูญเสียอวัยวะ
- สำเนาใบมรณบัตร
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ / รายงานการตรวจศพ
- สำเนารับแจ้งประจำวันของตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของ ผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้อง
- หลักฐานแสดงการเกิดเหตุขณะเป็นผู้โดยสาร ในการบินขนส่งสาธารณะ หรือเกิดเหตุขณะอยู่ในอาคารสาธารณะ (กรณีผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ)

ส่วนที่ 6: อื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก/ ความรับผิดชอบแรกของรถเช่า/ ชดเชยในการสูญเสียมูลค่าเช่ารถยนต์/ ค่าเดินทาง เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล/ ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย/ ค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงาน/ ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดสถานประกอบการอันเป็นผลจากการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อที่ได้รับการคุ้มครอง

วัน เวลา ที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)	/	/	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
-------------------------------------	---	---	------	-----------------

กรุณาระบายรายละเอียด

จำนวนเงิน บาท

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีประกันภัยเดินทางต่างประเทศ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้

ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก

- สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของผู้ที่ได้รับความเสียหาย และประจักษ์พยาน
- หนังสือยืนยันจากผู้ได้รับความเสียหาย ระบุถึงรายละเอียดการเกิดเหตุ รายละเอียดทรัพย์สินที่เสียหาย ซึ่งมีการรับรองโดยผู้ที่ได้รับความเสียหายและประจักษ์พยานในเหตุการณ์
- สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ
- กรณีที่สามารถซ่อมแซมให้ทรัพย์สินกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือจำเป็นต้องซื้อทรัพย์สินนั้นๆ เนื่องจากทำให้ทรัพย์สินนั้นเสียหาย ต้องมีใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และจดหมายยืนยันจากทางร้านค้า

ความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับรถเช่า

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการชำระค่าความรับผิดชอบส่วนแรกให้กับบริษัทรถเช่า
- หนังสือสัญญาเช่ารถ
- ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่า และระบุค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Excess)

ชดเชยในการสูญเสียมูลค่าเช่ารถยนต์

- ใบเสร็จรับเงินค่าเช่ารถยนต์จากผู้เอาประกันภัยได้จ่ายแก่สถาบันการศึกษาที่ศึกษาอยู่ในภาคเรียนนั้นๆ
- รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา
- หลักฐานการหยุดพักการเรียนจากสถาบันการศึกษา
- สำเนาใบมรณบัตร และสำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ กรณีการเสียชีวิตของสมาชิกของครอบครัว
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกของครอบครัวที่เสียชีวิต
- สำเนารับแจ้งประจำวันจากสถานีตำรวจท้องที่ ในกรณีเกิดจากอุบัติเหตุ

ค่าเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหารที่เกิดขึ้นจริงของสมาชิก ของครอบครัวหรือเพื่อนที่เดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย
- รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาของผู้เอาประกันภัยที่ระบุจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- สำเนารับแจ้งประจำวันจากสถานีตำรวจท้องที่ ในกรณีเกิดจากอุบัติเหตุ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยใน
- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่ระบุถึงการเดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย

ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหารที่เกิดขึ้นจริงของสมาชิก ของครอบครัวที่เดินทางไปรับผู้เยาว์
- รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกของครอบครัวที่ระบุถึงการเดินทางไปรับผู้เยาว์
- สำเนาบัตรโดยสารในการเดินทางของสมาชิกของครอบครัวที่เดินทางไปรับผู้เยาว์
- กำหนดการเดินทาง (Travel Itinerary) ของผู้เอาประกันภัยและผู้เยาว์

ค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงาน

- ใบเสร็จรับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงานทดแทนผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการบาดเจ็บ
- หลักฐานทางการแพทย์ และ/หรือ หลักฐานอื่นๆ ที่แสดงว่าผู้เอาประกันภัยสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในอาชีพที่มีอยู่ในบทบาทปัจจุบันอย่างถาวร
- สำเนาบัตรประชาชนของพนักงานผู้บาดเจ็บพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดสถานประกอบการอันเป็นผลจากการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อที่ได้รับการคุ้มครอง

- ใบเสร็จรับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดสถานประกอบการ
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- เอกสารหลักฐานที่ได้รับจากเทศบาลท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อปิดทำความสะอาดและฆ่าเชื้อสถานที่ประกอบการของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย
- สำเนาบัตรประชาชนของพนักงานผู้เจ็บป่วยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

** สำหรับความคุ้มครองอื่นๆ สามารถดูเอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่เพิ่มเติมได้ที่ www.aig.co.th **

แผนกสิทธิใหม่ทดแทน

ชั้น 23 อาคารสยามพวรวอร์ชเฮาส์ 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

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:

โทร. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998

อีเมล: Thailand.cc@aig.com

แนะนำทีมบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน

โทร. 0 2649 1596 โทรสาร 0 2649 1998

อีเมล: complaint.th@aig.com