



มูลนิธิเลขทะเบียนสำนักที่ 802

# มูลนิธิแพथ้อาสาสมัครเพื่อพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี

693 ถนนบำรุงเมือง แขวงคลองมอฬานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100

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

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
เลขที่รับ ๓๕๖๗  
18 มี.ค. 2567

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  
เลขที่.....  
วันที่ 18 มี.ค. 2567 เวลา.....

ที่ สว (ว) ๓ /๒๕๖๗

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
กรรมการและเลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุอาสาสมัคร และบุคคลที่ได้รับคำสั่งให้เดินทางไปร่วมปฏิบัติกิจกรรมของมูลนิธิแพथ้อาสาสมัครเพื่อพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี ได้สิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๗

ในการนี้ สำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. ได้ดำเนินการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุเรียบร้อยแล้ว จะมีผลคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาแจ้งให้อาสาสมัคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบด้วย  
จะเป็นพระคุณยิ่ง

- อีเมล พ.สว. มท
- พิมพ์ไปรษณียบัตรไปติดต่อราชการ
- มูลนิธิ พอ. สว. แจ้งเรื่อง การต่ออายุ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุอาสาสมัครและบุคคลที่ได้รับคำสั่งให้เดินทางไปร่วมปฏิบัติกิจกรรมของมูลนิธิ พอ.สว. มีผลคุ้มครอง
- วันที่ 29 มกราคม 67 - 29 มกราคม 68

ขอแสดงความนับถือ

๓๕๖๗

(นายแพทย์दनัย อีวันดา)

ผู้อำนวยการสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว.

นางสาวสุวิมล พานพิมพ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางดวงดาว ราตรีสุข

นางสาวสุวิมล พานพิมพ์

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ทราบ

ดำเนินการตามเสนอ

งานบุคคล

ต่อ ๒๑๐๔, ๒๑๑๗

H.M.E

(นายพิทักษ์พงษ์ พายุหะ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม





บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 989 อาคารสยามพิภวะอนุทาวเวอร์ ชั้นที่ 21 และ 23 ถนนพระรามที่ 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
Head Office, 989, Siam Piwat Tower, 21<sup>st</sup> and 23<sup>rd</sup> Floor, Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนเลขที่ บจก. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

ต้นฉบับ / Original

การประกันภัยอุบัติเหตุ

ต่ออายุปีที่ 13 No. 122773

รหัสบริษัท Company Code UNI

กรมธรรม์เลขที่ Policy No. 64-122788-1ก

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 แขวงคลองมหาราค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100

2. ผู้เอาประกันภัย : The Insured  
อาชีพ: Occupation -  
ชั้นอาชีพ: Occupation Class  
อายุ: Age -  
ตั้งเอกสารแนบ

3. ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address  
ทายาทโดยธรรม  
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย: Relationship to the insured -

4. ระยะเวลาประกันภัย  
Period of Insurance : เริ่มต้นวันที่ From 29 มกราคม 2567 เวลา 12.00 น. สิ้นสุดวันที่ To 29 มกราคม 2568 เวลา 12.00 น.

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 สายตา หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.1) Result 1. Loss of life, Dismemberment, Loss of Sight or Permanent Disability (P.A.1)	ไม่คุ้มครอง		ไม่มี
1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา 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.-บาท
2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Result 2. Total Temporary Disability Max. ไม่เกิน 13 สัปดาห์ ไม่คุ้มครอง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน Result 3. Partial Temporary Disability Max. ไม่เกิน 13 สัปดาห์ ไม่คุ้มครอง	ไม่มี	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. ข้อตกลงคุ้มครองเอกสารแนบท้ายที่แนบติด Insuring Agreement/Endorsement attached  
อบ.2, อบ.3  
ชำระอากรแล้ว

ตัวแทน Agent  นายหน้าประกันภัยรายนี้ บริษัท เอออน คอนซัลติง (ประเทศไทย) โบราณคดีเลขที่ 00-0008047-000  
Broker: จำกัด 00-0008047-000 License No.

วันที่สัญญาประกันภัย : 29 มกราคม 2566 Agreement made on :  
วันออกกรมธรรม์ประกันภัย : 31 มกราคม 2567 Policy issued on :

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.

กรรมการ Director

พยาน Witness



การขยายความคุ้มครอง

(ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม)

รหัสบริษัท UNI

อ.บ. 3

เอกสารแนบท้ายเลขที่ -	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	64-122788-เค	วันที่ทำเอกสาร	31 มกราคม 2567
ชื่อผู้เอาประกันภัย	ดังเอกสารแนบ			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	29 มกราคม 2567	เวลา 12.00 น.	สิ้นสุดวันที่	29 มกราคม 2568 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 ถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	"					ดังเอกสารแนบ	"		
(3.) การเล่นหรือแข่งกีฬาอันตราย	"					ไม่คุ้มครอง	"		
(4.) การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	"					ดังเอกสารแนบ	"		
(5.) การโดยสาร อากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์	"					ดังเอกสารแนบ	"		

กีฬาอันตราย หมายถึง การล่าสัตว์ในป่า แข่งรถ แข่งเรือ แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โครว์ม (เว้นแต่การโครว์ม เพื่อรักษาชีวิต) ขณะที่กำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน การเล่นบันจี้จัมพ์ การปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยการดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ

ความรับผิดชอบของบริษัทมีไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัย ให้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน

ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่นๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 989 อาคารสยามพิวรรตน์ทาวเวอร์ ชั้นที่ 21 และ 23 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
Head Office, 989, Siam Pivat Tower, 21<sup>st</sup> and 23<sup>rd</sup> Floor, Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนการค้าเลขที่ 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

## เอกสารแนบท้ายนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 64-122788-เค

### 1. ผู้เอาประกันภัย

- 1.1. อาสาสมัครซึ่งจดทะเบียนไว้กับ มูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราชมราชชนนี
- 1.2. เจ้าหน้าที่ประจำเครื่องบิน ขณะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ สำหรับกิจกรรมของโครงการ
- 1.3. พนักงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่ ของมูลนิธิแพทย์อาสาซึ่งเดินทางไปกับคณะของมูลนิธิเพื่อออกให้บริการ
- 1.4. บุคคลอื่นที่มีได้จดทะเบียนไว้กับ มูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราชมราชชนนี แต่ได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ

### 2. การเริ่มและสิ้นสุดความคุ้มครอง

- 2.1 ความคุ้มครองสำหรับอาสาสมัครซึ่งจดทะเบียนไว้กับมูลนิธิฯ เริ่มตั้งแต่เวลาที่ออกจากบ้านของแต่ละคนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ จนกระทั่งเมื่อกลับถึงบ้าน
- 2.2 ความคุ้มครองสำหรับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งมีได้จดทะเบียนเป็นอาสาสมัครไว้กับมูลนิธิฯ แต่ได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการ เริ่มต้นตั้งแต่บุคคลนั้น ๆ ออกจากจุดรวมกลุ่มจนกระทั่งกลับถึงจุดสิ้นสุดการรวมกลุ่ม

### 3. การจำกัดอายุ

อายุผู้เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้ จำกัดระหว่าง 16 - 60 ปี  
(ยกเว้น กลุ่มที่ 1.1 อาสาสมัครซึ่งจดทะเบียนไว้กับมูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราชมราชชนนี คุ้มครองถึงอายุ 80 ปี)

### 4. จำนวนเงินจำกัดความรับผิด

- 4.1 ไม่เกิน 10,000,000 บาท ต่อหนึ่งเหตุการณ์
- 4.2 ไม่เกิน 2,000,000 บาท ต่อหนึ่งเหตุการณ์ ขณะเดินทางโดยอากาศยานที่มีได้ประกอบการ โดยสายการบินพาณิชย์ รวมถึงเครื่องบินเช่าเหมาลำ

จำนวนเงินของการรับผิดและค่าใช้จ่ายเสียหายจะถูกแบ่งออกตามอัตราส่วน ระหว่างบุคคลผู้มีประกันภัย และหรือผู้รับผลประโยชน์ในเหตุการณ์ที่บริษัทประกันภัย ไม่สามารถจ่ายให้ตามวงเงินสูงสุดของแต่ละบุคคลได้ตามที่ระบุไว้ในเบื้องต้น เนื่องจากส่วนเกินจำนวนจำกัดความรับผิดภายใต้กรมธรรม์นี้

กลุ่มที่ 1 สำหรับอาสาสมัครที่จดทะเบียน หรือเจ้าหน้าที่ประจำเครื่องบิน และพนักงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิแพทย์อาสาซึ่ง เดินทาง ไปกับคณะของมูลนิธิเพื่อออกให้บริการ จำนวนเงินเอาประกันภัย และการจำกัดความรับผิดรวมตามข้อตกลง คุ้มครองข้อ 1 ไม่เกิน 500,000.- บาทต่อคน และจำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 4 ค่ารักษาพยาบาล คนละไม่เกิน 100,000.- บาทต่อคน

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

### 5. อาณาเขตที่คุ้มครอง

การประกันภัยนี้คุ้มครองเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น

### 6. การขยายความคุ้มครอง

- 6.1 การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการ โดยสายการบินพาณิชย์ รวมถึงเครื่อง





บริษัท เอไอ้ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 989 อาคารสยามพิวรรฒน์ทาวเวอร์ ชั้นที่ 21 และ 23 ถนนพระรามที่ 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

Head Office, 989, Siam Piwat Tower, 21<sup>st</sup> and 23<sup>rd</sup> Floor, Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand

Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999

ทะเบียนเลขที่ บจก. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

**เอกสารแนบท้ายนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 64-122788-เค**

**เฮลิคอปเตอร์**

6.2 การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์

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 ทายาทผู้มีสิทธิได้รับค่าทดแทน จะต้องกำหนด โดยผู้ถือกรมธรรม์และแจ้งให้บริษัททราบ

8.2 ในกรณีที่ผู้สิทธิได้รับค่าทดแทนมากกว่า 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
การขับขี และ ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์	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

## สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

### ข้อตกลงคุ้มครอง

บริษัทให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางเท่านั้น การประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้-

#### ข้อ 1 : การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัวติดต่อกันในฐานะคนไข้ใน ในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้

- 1.1 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต
- 1.2 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- 1.3 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
- 1.4 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.5 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.6 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.7 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
- 1.8 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.9 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาดูหนึ่งข้าง
- 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 การถูกตัดออกจากร่างกาย และให้หมายรวมถึง การสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป

การสูญเสียสายตา หมายความว่า ตาบอดสนิทและไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อนี้เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น เว้นแต่กรณีที่มีการสูญเสียนิ้วมือหรือนิ้วเท้าโดยถาวรสิ้นเชิงตามรายการที่ 1.12 ถึง 1.19 และไม่อาจเรียกหรือจ่ายค่าทดแทนตามรายการใดรายการหนึ่งในรายการที่ 1.1 ถึง 1.9 ได้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความสูญเสียที่แท้จริงในแต่ละรายการรวมกัน แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ในกรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วน ซึ่งไม่สามารถเรียกหรือจ่ายค่าทดแทนที่กำหนดไว้ตามรายการที่ 1.2 ถึง 1.19 ได้และไม่ใช่เป็นการสูญเสียสมรรถภาพในการลิ้มรส หรือดมกลิ่น บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความเห็นของแพทย์ของบริษัท แต่ไม่เกิน 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

#### ข้อ 2 : ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง

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

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครอง ข้อ 1

**ข้อ 3 : ทูพลาภาวะชั่วคราวบางส่วน**

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทูพลาภาวะชั่วคราวบางส่วนภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตาราง ตลอดระยะเวลาที่ยังทูพลาภาวะอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันที หลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 หรือ ข้อ 2

**ข้อ 4 : การรักษาพยาบาล**

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษาพยาบาล โดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ตามกฎหมาย หรือต้องได้รับการพยาบาล โดยพยาบาลที่มีใบอนุญาต บริษัทจะชดเชยค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปจริง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ สำหรับค่ารักษาพยาบาล ค่าการพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการจ้างพยาบาลพิเศษ ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินที่บริษัทต้องรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตาราง หักด้วยจำนวนเงินส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบด้วยตนเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัทจะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น



## ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

### 1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- ก. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- ข. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
- ค. การได้รับเชื้อโรค เว้นแต่การติดเชื้อ โรค หรือบาดเจ็บชก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
- ง. การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
- จ. การแทงลูก
- ฉ. การรักษาฟัน การรักษารากฟัน การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม เว้นแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- ช. การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- ซ. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนต่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน
- ณ. อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง

### 2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

- ก. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยล่าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งรถทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โครม (เว้นแต่การโครมเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน เล่นบันนี่จัมพ์ ปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
- ข. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- ค. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีโค้งทะเลียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
- ง. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใด ๆ
- จ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- ฉ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- ช. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย ตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงคราม หรือปราบปรามนั้นจนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตาราง



## กรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

โดยการซื้อถือข้อตกลงในใบคำขอเอาประกันภัย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้ถือกรรมธรรม์หรือผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้บังคับเงื่อนไขทั่วไป ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้นและเอกสารแนบท้ายแห่งกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทให้สัญญาดังต่อไปนี้

การคุ้มครอง : ตามข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่แนบติด  
เงื่อนไขทั่วไป

1. คำนิยาม : เพื่อใช้ในกรรมธรรม์ประกันภัยและเอกสารแนบท้ายกรรมธรรม์ประกันภัยนี้

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 "บริษัท"                         | หมายความถึง บริษัทที่ออกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้  |
| 1.2 "ผู้ถือกรรมธรรม์"                | หมายความถึง บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้ถือกรรมธรรม์ในตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งเป็นผู้จัดให้มีการประกันภัยเพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย   |
| 1.3 "ผู้เอาประกันภัย"                | หมายความถึง บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรรมธรรม์ประกันภัยและ/หรือเอกสารแนบ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกรรมธรรม์นี้  |
| 1.4 "ตาราง"                          | หมายความถึง ตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้   |
| 1.5 "อุบัติเหตุ"                     | หมายความถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน จากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลที่ผู้เอาประกันภัยมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง  |
| 1.6 "ความบาดเจ็บ"                    | หมายความถึง การบาดเจ็บทางร่างกาย อันเป็นผลโดยตรงจากอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดขึ้น โดยเอกเทศ และโดยอิสระจากเหตุอื่น  |
| 1.7 "ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง"           | หมายความถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป  |
| 1.8 "ทุพพลภาพถาวรบางส่วน"            | หมายความถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำตามปกติได้ตลอดไป แต่ทำงานอื่นเพื่อเลี้ยงชีพได้  |
| 1.9 "ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง"       | หมายความถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้โดยสิ้นเชิงในชั่วระยะเวลาหนึ่ง  |
| 1.10 "ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน"       | หมายความถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติบางส่วนในชั่วระยะเวลาหนึ่งก็ติ หรือเป็นผลต่อเนื่องจากทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ซึ่งได้ทุเลาเบาบางลงแล้วก็ติ แต่ยังไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้ครบทุกส่วนในชั่วระยะเวลาหนึ่ง |
| 1.11 "ความรับผิดชอบส่วนแรก"          | หมายความถึง ความเสียหายส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเอง   |
| 1.12 "ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ" | หมายความถึง ความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุ และทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพ หรือต้องเข้ารับการรักษายาบาล  |

### 2. ความสมบูรณ์แห่งสัญญาและการเปลี่ยนแปลงข้อความในสัญญาประกันภัย

กรรมธรรม์ประกันภัยนี้ รวมทั้งข้อตกลงคุ้มครองและเอกสารแนบท้าย ประกอบกันเป็นสัญญาประกันภัย การเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ในสัญญาจะต้องได้รับความยินยอมจากบริษัทและได้บันทึกไว้ในกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ หรือในเอกสารแนบท้ายแล้วจึงจะสมบูรณ์

### 3. การแจ้งอุบัติเหตุ

ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงความบาดเจ็บ โดยไม่ชักช้า ในกรณีที่มีการเสียชีวิตต้องแจ้งให้บริษัททราบทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุจำเป็นอันสมควรจึงไม่อาจแจ้งให้บริษัททราบดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้ แต่ได้แจ้งโดยเร็วที่สุดที่จะกระทำได้แล้ว

### 4. การส่งหลักฐานความเสียหาย

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทน ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานตามที่บริษัทต้องการตามความจำเป็นให้แก่บริษัท โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ ให้ส่งหลักฐานดังกล่าวข้างต้น ภายใน 30 วันนับแต่วันเสียชีวิตหรือวันที่เริ่มเกิดทุพพลภาพ ส่วนในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนอย่างอื่น ให้ส่งหลักฐานภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ แต่การไม่เรียกร้องภายในกำหนดดังกล่าวไม่ทำให้สิทธิการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถเรียกร้องได้ภายในกำหนด และได้ทำการเรียกร้องโดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้แล้ว

สำหรับการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ต้องส่งใบเสร็จแสดงรายการค่าใช้จ่ายต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้ประกอบการนำไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยอื่น แต่ถ้าหากผู้ประกอบการได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว ให้ผู้ประกอบการส่งสำเนาใบเสร็จพร้อมต้นฉบับการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัทได้

#### 5. การตรวจทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิที่จะขอตรวจร่างกายของผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่บริษัทพิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนตามที่เห็นสมควรรวมทั้งการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น

#### 6. การจ่ายค่าทดแทน

ค่าทดแทนสำหรับการเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ ส่วนค่าทดแทนอย่างอื่นจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย ภายในกำหนดระยะเวลาดังต่อไปนี้

6.1 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 และข้อ 4 จะจ่ายภายใน 20 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสียที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว

6.2 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 2 และข้อ 3 จะจ่ายให้ในวันครบกำหนดทุกๆ 4 สัปดาห์ตลอดระยะเวลาทุพพลภาพ แต่ไม่เกิน 52 สัปดาห์

ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดเชยตามกรมธรรม์ประกันภัยตามข้อ 6.1 หรือข้อ 6.2 ดังกล่าวข้างต้น ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายออกไปอีกได้ตามความจำเป็นแต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

สำหรับการเรียกร้องตามข้อ 6.2 จะขยายระยะเวลาตามวรรคก่อนได้เฉพาะกำหนดการจ่ายครั้งแรกเท่านั้น การะในการพิสูจน์ว่าการเรียกร้องค่าทดแทนไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นหน้าที่ของบริษัท ในการนี้ผู้ถือกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์จะต้องให้ข้อเท็จจริง และความสะดวกแก่บริษัทตามสมควร

หากบริษัทไม่อาจจ่ายค่าทดแทนให้แล้วเสร็จภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดอกเบี้ยให้อีกในอัตราร้อยละ 12 ต่อปี ของจำนวนเงินที่ต้องจ่ายทั้งหมดนับแต่วันที่ครบกำหนดชำระ

#### 7. การจำกัดความรับผิดชอบตลอดระยะเวลาประกันภัย

ตลอดระยะเวลาประกันภัย บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับผลที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 รวมกันไม่เกินจำนวนเงินดังระบุไว้ในตาราง และเมื่อมีการจ่ายค่าทดแทนตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 เต็มวงเงินจำกัดความรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตารางแล้ว ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ยังมีผลบังคับต่อไปตลอดระยะเวลาประกันภัยที่เหลือ ทั้งนี้เฉพาะตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 4 (ถ้ามี) เท่านั้น

#### 8. การเปลี่ยนอาชีพ

ถ้าผู้เอาประกันภัย ได้รับบาดเจ็บในขณะที่กระทำการโดยมีค่าตอบแทนในอาชีพอื่นที่มีการเสี่ยงอันตรายมากกว่าอาชีพที่ได้แจ้งไว้แต่เดิม บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้เป็นจำนวนเงินเท่าที่เบี้ยประกันภัยที่ได้รับชำระแล้วสำหรับอาชีพเดิมและจะซื้อการคุ้มครองสำหรับอาชีพใหม่ได้

ถ้าผู้เอาประกันภัยเปลี่ยนอาชีพเป็นอาชีพประเภทอื่น ซึ่งบริษัทกำหนดไว้ว่าเป็นอาชีพที่มีการเสี่ยงน้อยกว่าอาชีพประเภทที่แจ้งไว้กับบริษัท บริษัทจะลดเบี้ยประกันภัยลงและจะคืนเบี้ยประกันภัยให้ตามส่วน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงการเปลี่ยนอาชีพแล้ว

#### 9. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่มีข้อพิพาท ข้อขัดแย้ง หรือข้อเรียกร้องใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท และหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์ และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้น โดยวิธีการอนุญาโตตุลาการ บริษัทตกลงยินยอมและให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการตามข้อบังคับกรมการประกันภัยว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

#### 10. การเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

10.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการส่งหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้ถือกรมธรรม์ ตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีนี้บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

10.2 ผู้ถือกรมธรรม์จะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ 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

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้จะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติเมื่อผู้เอาประกันภัยถูกจองจำอยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ซึ่งบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยในส่วนของผู้อาประกันภัยนั้นให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ใช้บังคับมาแล้ว ออกตามส่วน

12. เงื่อนไขบังคับก่อน

บริษัทอาจจะไม่รับผิดชอบใช้ค่าทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ เว้นแต่ผู้ถือกรมธรรม์ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดครบถ้วนตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย



บริษัท เอไอ้ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 989 อาคารสยามพิวรรธน์ทาวเวอร์ ชั้นที่ 21 และ 23 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
Head Office, 989, Siam Piwat Tower, 21<sup>st</sup> and 23<sup>rd</sup> Floor, Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนเลขที่ บจก. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

### คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหมหรือเงินทดแทน

#### การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

#### 1. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต

- 1.1 ให้ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติรับแจ้งให้บริษัทฯ ทราบทันที (โทรศัพท์, โทรเลข, ฯลฯ) รักษาสภาพให้คงสภาพเดิม จัดให้มี
- 1.2 การชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย ชะลอการเผาหรือฝังไว้จนกว่าเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ ไปตรวจสอบ หากจำเป็นต้อง
- 1.3 ตรวจสอบชันสูตร โดยแพทย์ที่บริษัทฯ จัดหา เจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ จะแจ้งให้ทราบและจัดหาแพทย์ทำการตรวจชันสูตรในเวลาอันสมควร
- 1.4 ให้ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติจัดหาเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมการเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุส่งให้บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันเสียชีวิต
  - สำเนาใบมรณะบัตรของผู้เอาประกันภัย
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์
  - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์
  - สำเนาบันทึกระงับของเจ้าพนักงานตำรวจ
  - สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากเจ้าพนักงานตำรวจ
  - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา (หากเสียชีวิตระหว่างการรักษา)
  - กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้รับผลประโยชน์ลงลายมือชื่อ
  - เอกสารแสดงการเป็นพนักงาน เช่น บัตรพนักงาน, บัตรลงเวลาการทำงาน, บัญชีการจ่ายค่าจ้าง ฯ (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)
  - สำเนาหนังสือเดินทาง, วีซ่า (กรณีเป็นชาวต่างชาติ)
  - ใบรายงานการผ่าชันสูตรศพจากแพทย์ในกรณีจำเป็น

#### 2. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บ

- 2.1 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบโดยไม่ชักช้า
- 2.2 กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้ถือกรรมสิทธิ์ลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้อง (ตอนล่าง)” และ ผู้บาดเจ็บลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้องค่าทดแทน” (ใบมอบฉันทะ-คอนบน) แล้วรีบส่งบริษัทฯ โดยไม่ต้องรอส่งพร้อมกับเอกสารอื่น
- 2.3 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้เรียกร้องค่าทดแทนส่งเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหม-ค่ารักษาพยาบาล
  - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (หากบาดเจ็บเล็กน้อยจะใช้แบบฟอร์มของแพทย์ก็ได้)
  - ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ออกทุกครั้งที่รับการรักษาพยาบาล หากเป็นค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (คนไข้ใน) ต้องมีใบรายการแสดงการคิดค่าเงินรักษาพยาบาลด้วย

**หมายเหตุ:** หากท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรุณาติดต่อที่ โทร. 0-2649-1999 ในเวลาทำการ (จ.-ศ. เวลา 08.30น. – 17.00น.)

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







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

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

เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่  ไม่  ใช่ กรณีที่ใช่ โปรดระบุชื่อสถานพยาบาลและวันที่

กรณีที่ได้รับบาดเจ็บไปตรวจรายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยไปตรวจรายอาการที่ปรากฏ

**เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้**

**ค่ารักษาพยาบาล / การชดเชยค่าผ่าตัด**

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล/ค่าผ่าตัด
- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีประกันภัยเดินทางต่างประเทศ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก
- กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลในประเทศภูมิสำเนาของ 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/การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของอุปกรณ์กอล์ฟและไฮล-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 รวมไม่ถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชย

**เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้**

**ขดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว/เอกสารเดินทาง / การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินจากการถูกล้วงกระเป๋า / การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินที่เก็บอยู่ในยานพาหนะ**

- บันทึกระงับประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง, ค่าที่พัก, และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทาง และวีซ่าใหม่ (กรณีความสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของเอกสารการเดินทาง)

**อุปกรณ์กอล์ฟและไฮล-อิน-วัน**

- ใบบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่ที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ (กรณีเกิดความสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟที่เกิดขึ้นในสถานที่สาธารณะ)
- จุดหมายรับรองความสูญเสียชีวิตหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากผู้มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้บริหารโรงแรม, สายการบิน, สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะที่มีอำนาจควบคุมดูแลสถานที่ที่เกิดการสูญเสียชีวิตหรือเสียหายภายใน 24 ชั่วโมง(กรณีเกิดความสูญเสียชีวิตหรือเสียหาย ของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟที่เกิดขึ้นในโรงแรม, สายการบิน, สนามกอล์ฟ หรือสนามฝึกกอล์ฟสาธารณะ)
- หนังสือรับรองจากสนามกอล์ฟในกรณีไฮล-อิน-วัน (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยสามารถทำ ไฮล-อิน-วันได้)

**การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว**

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

**การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของทรัพย์สินภายในที่พักอาศัย**

- สำเนามันทีประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่
- เอกสารจากกองพิสูจน์หลักฐาน
- ใบประเมินราคาของทรัพย์สินที่เสียหายและรูปถ่าย

**ส่วนที่ 3 : ความล่าช้าในการเดินทาง/การพลัดการต่อยกบิน/การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง/การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน/การพลัดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง**

ความล่าช้าในการเดินทาง/การพลัดการต่อยกบิน/การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนเส้นทางการบิน/การพลัดการโดยสารเครื่องบินอันเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง

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



**การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง**

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

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

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้**

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

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้**

<p><b>ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลัดเที่ยวบิน / การเดินทางล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางการบิน / การพลัดเที่ยวบินโดยสารเครื่องบินอื่นเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตัวเครื่องบิน และ Boarding Pass หรือหลักฐานที่ระบุระยะเวลาการเดินทางทั้งหมด</li> <li>- หนังสือรับรองการพลัดเที่ยวบินโดยสารเครื่องบินอื่นเนื่องมาจากสายการบินจำหน่ายบัตรโดยสารเกินจำนวนที่นั่ง</li> <li>- หนังสือรับรองความล่าช้าของบริษัทขนส่งหรือสายการบิน ที่ระบุถึงสาเหตุของการล่าช้าเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางการบิน</li> </ul>	<p><b>การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จุดหมายรับรองจากสายการบินยืนยันการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง</li> <li>- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบินหรือบริษัทขนส่ง</li> </ul>
---	---

**ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง/การลดจำนวนวันเดินทาง/ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก**

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการ เลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง / การเดินทางหยุดชะงัก

กำหนดการเดินทางเดิม	ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี	/	/	ถึง วัน/เดือน/ปี	/	/
กำหนดการเดินทางใหม่	ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี	/	/	ถึง วัน/เดือน/ปี	/	/

รายการค่าใช้จ่ายและจำนวนเงิน ที่เกิดจากการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง / การเดินทางหยุดชะงัก

.....

.....

โปรดกรอรายละเอียดด้านล่างนี้ หากสาเหตุของการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง/การลดจำนวนวันเดินทาง/การเดินทางหยุดชะงัก เกิดจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตของสมาชิกของครอบครัว และ/หรือเพื่อนร่วมเดินทางในกรณีการลดจำนวนวันเดินทาง/การเดินทางหยุดชะงัก

ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน	วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้**

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

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิทดแทนเฉพาะความคุ้มครองนี้ มีดังนี้**

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

- การลดจำนวนวันเดินทาง**
- ใบรับรองแพทย์
  - สำเนาใบมรณบัตร
  - เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสูติบัตร ทะเบียนสมรส (กรณีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย/ประสบอุบัติเหตุ/เสียชีวิต/เป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันเดินทาง)
  - เอกสารหลักฐานการแสดงว่าเป็นผู้ร่วมเดินทาง
  - หนังสือรับรองการถูกกักตักกันเชื้อโรค (กรณีการถูกกักตักกันเชื้อโรคตามคำแนะนำของแพทย์และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันเดินทาง)
  - หนังสือรับรองจากสายการบิน (กรณีเครื่องบินที่ผู้เอาประกันภัยโดยสารถูกจี้ หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่นำไปสู่การปิดน่านฟ้าหรือสนามบินหลายแห่ง)
  - หลักฐานการเกิดภัยธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้น ณ สถานที่ที่อยู่ในแผนการเดินทาง (กรณีเกิดภัยธรรมชาติ ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเดินทางตามกำหนดการต่อไปได้)
  - สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการจี้เครื่องบิน
  - ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง รวมถึงการจี้เครื่องบิน และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าจะไม่สามารถคืนเงินได้

**ค่าใช้จ่ายเมื่อการเดินทางหยุดชะงัก**

- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่ เข้า-ออก ประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้า-ออกผ่านทางระบบอัตโนมัติ โปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันที่เดินทางเข้า-ออก ของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- หนังสือรับรองการถูกกักตักกันเชื้อโรค หรือใบรับรองแพทย์ของผู้เอาประกันภัย (กรณีการถูกกักตักกันเชื้อโรคตามคำแนะนำของแพทย์)
- ใบรับรองแพทย์ของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนร่วมเดินทางไปด้วยกันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- สำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินเดิม และสำเนาบัตรโดยสารเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อ พร้อมใบเสร็จรับเงินที่เกิดขึ้นจากการเดินทางหยุดชะงัก
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น โดยเครื่องบินชั้นประหยัด ค่าเดินทางโดยรถไฟชั้นหนึ่ง ค่าเดินทางทางเรือ หรือรถโดยสารสาธารณะ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับเงินมัดจำค่าเดินทาง ค่าของคางคก และ/หรือค่าที่พักผู้เอาประกันภัยจ่ายไปล่วงหน้าก่อนการเดินทางออกจากประเทศไทย และเอกสารการได้รับการคืนเงิน หรือเอกสารที่ระบุว่าจะไม่สามารถคืนเงินได้



**ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต หรือสูญเสียชีวิต / ทพพลาพดาวร / ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ**

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

กรุณาระบายรายละเอียดการเกิดเหตุ

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้**

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

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเฉพาะ-ความคุ้มครองนี้มีดังนี้**

**การเสียชีวิต การสูญเสียชีวิต สาวยตาหรือทพพลาพดาวร**

- ใบรายงานแพทย์ยืนยันการสูญเสียชีวิต สาวยตา หรือทพพลาพดาวร
- รูปถ่ายการทพพลาพดาวร / การสูญเสียชีวิต
- สำเนาใบมรณบัตร
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ / รายงานการตรวจศพ
- สำเนานับที่ประจำวันของตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของ ผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้อง
- หลักฐานแสดงการเกิดเหตุขณะเป็นผู้โดยสาร ในการบินขนส่งสาธารณะ หรือเกิดเหตุขณะอยู่ในอาคารสาธารณะ (กรณีผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ)

**ส่วนที่ 6: อื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบคคภายนอก/ ความรับผิดชอบแรกของรถเช่า/ ชดเชยในการสูญเสียมูลค่าเล่าเรียน/ค่าเดินทาง เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล/ ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย/ ค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงาน/ ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดสถานประกอบการอันเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่ได้รับการคุ้มครอง**

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

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเฉพาะ-ความคุ้มครองนี้มีดังนี้**

**ความรับผิดชอบต่อคคภายนอก**

- สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของผู้ได้รับความเสียหาย และประจักษ์พยาน
- หนังสือยืนยันจากผู้ได้รับความเสียหาย ระบุถึงรายละเอียดการเกิดเหตุ รายละเอียดทรัพย์สินที่เสียหาย ซึ่งมีการรับรองโดยผู้ได้รับความเสียหายและประจักษ์พยานในเหตุการณ์
- สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ
- กรณีที่สามารถซ่อมแซมให้ทรัพย์สินกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือจำเป็นต้องซื้อทรัพย์สินนั้นๆ เนื่องจากทำให้ทรัพย์สินนั้นเสียหาย ต้องมีใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และจดหมายยืนยันจากทางร้านค้า

**ความรับผิดชอบแรกสำหรับรถเช่า**

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการชำระค่าความรับผิดชอบแรกให้กับบริษัทรถเช่า
- หนังสือสัญญาการเช่ารถ
- ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่า และระบุค่าความรับผิดชอบแรก (Excess)

**ชดเชยในการสูญเสียมูลค่าเล่าเรียน**

- ใบเสร็จรับเงินค่าเล่าเรียนที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายแก่สถาบันการศึกษาที่ศึกษาอยู่ในภาคเรียนนั้นๆ
- รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา
- หลักฐานการหยุดพักการเรียนจากสถาบันการศึกษา
- สำเนาใบมรณบัตร และสำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ กรณีการเสียชีวิตของสมาชิกของครอบครัว
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกของครอบครัวที่เสียชีวิต
- สำเนานับที่ประจำวันจากสถานีตำรวจท้องที่ ในกรณีเกิดจากอุบัติเหตุ

**ค่าเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล**

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหารที่เกิดขึ้นจริงของสมาชิก ของครอบครัวหรือเพื่อนที่เดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย
- รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาของผู้เอาประกันภัยที่ระบุจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- สำเนาหนังสือเดินทางของสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อนที่ระบุการเดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย

**ค่าใช้จ่ายในการส่งผู้เยาว์กลับประเทศไทย**

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

**ค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงาน**

- ใบเสร็จรับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงานทดแทนผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการบาดเจ็บ
- หลักฐานทางการแพทย์ และ/หรือ หลักฐานอื่นๆ ที่แสดงว่าผู้เอาประกันภัยสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในอาชีพที่มีอยู่ในบทบาทปัจจุบันอย่างถาวร
- สำเนาบัตรประชาชนของพนักงานผู้บาดเจ็บพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

**ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดสถานประกอบการอันเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่ได้รับการคุ้มครอง**

- ใบเสร็จรับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดสถานประกอบการ
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- เอกสารหลักฐานที่ได้รับจากเทศบาลท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อปิดทำความสะอาด และฆ่าเชื้อสถานที่ประกอบการของผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย
- สำเนาบัตรประชาชนของพนักงานผู้เจ็บป่วยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

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

แผนกสิทธิใหม่ทดแทน  
ชั้น 23 อาคารสยามพิวรรตน์ทาวเวอร์ 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](mailto:claimshareservices@aig.com)

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:  
โทร. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998  
อีเมล: [Thailand.cc@aig.com](mailto:Thailand.cc@aig.com)

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