



บริษัท ไทยเซตาคีจประกันภัย จำกัด (มหาชน)

THE THAI SETAKIJ INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

87 อาคารเอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่นส เพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
87 M. Thai Tower, All Seasons Place, 15th Floor, Unit No. 1 and 4-6, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID: 0107536000200

HOTLINE 1352 02-853-8888 02-853-8889

www.tsi.co.th

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

(ขอคืนค่าตัวการแสดง) Refund Form

ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้เอาประกันภัย (Insured details)		
ชื่อ-นามสกุล/ Name- Surname		หมายเลข / Ticket Protect No.
ที่อยู่ /Address		
อีเมล/E-mail address		เบอร์โทร/Mobile No
ส่วนที่ 2 รายละเอียดของตั๋วการแสดงและลักษณะการเกิดเหตุ (Ticket & Loss detail)		
รายละเอียดตั๋ว Ticket	วันที่ซื้อตั๋ว/Buying Date	ช่องทางการซื้อตั๋ว/Buying Channel
	วันที่จัดการแสดง/Date of The Show	ชื่อการแสดง/Name of The Show
วัน/เวลาที่เกิดความเสียหาย Date & Time of loss/Accident	วันที่เกิดเหตุ/Date of Loss	เวลา/Time
	สถานที่เกิดเหตุ/ Location	
ประเภทของความเสียหาย Type of loss	<input type="checkbox"/> กรณีการบาดเจ็บ/การเจ็บป่วยรุนแรง/การถูกกักโรค (Serious injury / sickness/Compulsory Compulsory Quarantine) <input type="checkbox"/> กรณีการเสียชีวิต/บาดเจ็บสาหัส/เจ็บป่วยรุนแรง/การถูกกักโรคของสมาชิกในครอบครัว (Death/Serious injury /sickness/ Compulsory Quarantine of a family member) <input type="checkbox"/> กรณีความเสียหายต่อที่อยู่อาศัย (Housing damage) <input type="checkbox"/> กรณีเป็นพยานในชั้นศาล (To be a witness in court) <input type="checkbox"/> กรณีอุบัติเหตุรถยนต์ (Get into car accident) <input type="checkbox"/> กรณีเรียกบริการฉุกเฉินของรถยนต์ (Get emergency car service) <input type="checkbox"/> กรณีเดินทางไปทำงานตามคำสั่ง (Travel for work) <input type="checkbox"/> กรณีน้ำท่วม ลมพายุ ใต้ฝุ่น และแผ่นดินไหว (Flood, Windstorm, Typhoon and Earthquake) <input type="checkbox"/> กรณีสอบวัดผลสถานศึกษา (Examination)	
ประเภทของความเสียหาย Type of loss		จำนวนเงิน Total claimed (THB)
<p>ข้าพเจ้าขอมอบให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจสอบ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์การปรึกษา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้อนิ่งสำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับและ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ / I, the undersigned, solemnly declare that the above information is correct, and authorize the company to obtain medical information about my previous illness or treatment that may be relevant to the handling of the claim. I also give the company the right to dispose of any unused ticket in the case.</p> <p>ลงชื่อผู้เรียกร้อง _____ วันที่ _____ Signature of claimant Date</p>		
บริษัท ไทยเซตาคีจประกันภัย จำกัด (มหาชน): เลขที่ 87 อาคารเอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่นส เพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-853-8888 Email: Thaiticketmajor.cs@tsi.co.th		