

# พร้อมลุยทุกทวีป อุ่นใจทุกการเดินทาง

‘ประกันภัยการเดินทาง ทีเอ สบายใจทั่วโลก’

- รับประกันภัยอายุตั้งแต่ 1 ปี สูงสุดถึง 85 ปี
- สามารถเลือกระยะเวลาคุ้มครองเป็นรายเที่ยว และรายปี

คุ้มครอง  
สูงสุด  
**180 วัน**  
ต่อทวีป



ให้ความคุ้มครอง  
สูงสุด  
**22**  
ความคุ้มครอง

## ประกันภัยการเดินทาง ทีเอ สบายใจทั่วโลก

▪ **แบบ Backpack / Backpack Go**  
(สำหรับคนเดียว และหลายคน)

▪ **แบบ International Travel Sure Insurance Plan**  
(สำหรับครอบครัว)

## **ประกันภัยการเดินทาง ทีเอ สบายใจทั่วโลก**

- **แบบ Backpack / Backpack Go  
(สำหรับคนเดียว และหลายคน)**



# ที่มาของประกันภัยการเดินทาง ต่างประเทศ

เที่ยวเมืองนอกแบบลันลา ไม่ว่าจะเอเซียทริป  
เซงเกินทริป หรือ ประเทศที่ต้องใช้วีซ่า  
หมดกังวล เมื่อเที่ยวบินหรือกระเป๋าเดินทางล่าช้า  
เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยระหว่างเดินทางก็ไม่  
ต้องห่วงเรื่องภาระค่าใช้จ่าย

## กลุ่มลูกค้าเป้าหมาย



บุคคลทั่วไปอายุระหว่าง 1-85 ปี



รักการท่องเที่ยวต่างประเทศ



คนที่อยากลดความเสี่ยง หากเกิด  
อุบัติเหตุที่ไม่คาดฝัน

## จุดเด่นผลิตภัณฑ์

1. รับประกันภัยอายุตั้งแต่ 1 ปี สูงสุดถึง 85 ปี
2. เบี้ยเริ่มต้นหลักร้อย
3. คุ้มครองสูงสุด 180 วันต่อทริป
4. มีให้เลือกถึง 4 แผนความคุ้มครอง



ความคุ้มครอง	ผลประโยชน์ (บาท)			
	Backpack 1	Backpack GO 1	Backpack 2	Backpack GO 2
<b>คุ้มครองชีวิต อุบัติเหตุ และสุขภาพ</b>				
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ	1,000,000	1,500,000	1,500,000	2,000,000
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในต่างประเทศ	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
3. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศไทย	50,000	50,000	150,000	150,000
4. ผลประโยชน์การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาล ถูกเงินหรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศ	1,000,000	1,500,000	1,500,000	2,000,000
5. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศ	1,000,000	1,500,000	1,500,000	2,000,000
6. ผลประโยชน์ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก	500,000	300,000	500,000	500,000
<b>คุ้มครองทรัพย์สิน</b>				
7. ผลประโยชน์ชดเชยการสูญหายหรือเสียหายของ กระเป๋าเดินทาง และ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายใน กระเป๋าเดินทาง (จ่ายสูงสุด / ชิ้น / คู่ / ชุด)	5,000 (1,000)	5,000 (1,000)	10,000 (2,000)	10,000 (2,000)
8. ผลประโยชน์ความคุ้มครองเอกสารการเดินทาง	1,000	1,000	2,000	2,000
9. ผลประโยชน์การสูญหายหรือความเสียหายของ กระเป๋าเดินทาง ทรัพย์สินส่วนตัว รวมถึง ดอมเมียวเตอร์ไม่ติดเครื่องยนต์ เนื่องมาจากภัยธรรมชาติ	5,000	5,000	5,000	5,000
<b>คุ้มครองความไม่สะดวกในการเดินทาง</b>				
10. ผลประโยชน์การเลื่อนหรือการบอกลิขการเดินทาง	10,000	10,000	10,000	10,000
11. ผลประโยชน์ชดเชยความล่าช้าในการเดินทาง (จ่าย 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ของการเดินทางล่าช้าต่อเนื่องกันในทุกๆ 6 ชั่วโมงเต็ม)	×	×	20,000	20,000
12. การขยายระยะเวลาเอาประกันภัยโดยอัตโนมัติ (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)	✓	✓	✓	✓

# เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. แผนประกันภัยนี้สำหรับผู้อาประกันภัยอายุ 1 ถึง 85 ปี
2. ผู้อาประกันภัยต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทยและต้องเริ่มต้นเดินทางออกจากประเทศไทยเท่านั้น
3. ผู้อาประกันภัยจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่ไต่เส้นทางไปเพื่อรับการรักษาพยาบาล
4. ผู้อาประกันภัยสามารถซื้อความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุการเดินทางต่างประเทศได้ 1 ฉบับต่อการเดินทาง 1 ครั้ง
5. ผู้อาประกันภัยสามารถเข้ารับการรักษายาในสถานพยาบาลในต่างประเทศทั่วโลก โดยไม่ต้องสำรองจ่าย \*\*ทั้งนี้ ผู้อาประกันภัยจะต้องโทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อประสานงานที่หมายเลข (066) 02-039-5730 ก่อนเข้ารับบริการ กรณีที่ผู้อาประกันภัยไม่ได้โทรติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อประสานงาน ผู้อาประกันภัยสามารถสำรองจ่าย และนำเอกสารใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ฉบับภาษาอังกฤษมาเบิกคืนภายหลังได้ ทั้งนี้ บริษัทฯ จะจ่ายเป็นสกุลเงินบาท โดยจะเทียบตามอัตราแลกเปลี่ยน ณ วันที่ผู้อาประกันภัยเข้ารับการรักษา  
\*โดยการพิจารณาสิทธิใหม่เป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์  
\*\*ขึ้นอยู่กับข้อกำหนด หรือนโยบายของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษายาในประเทสนั้นๆ
6. ระยะเวลาในการเดินทางพำนักอยู่ในต่างประเทศแต่ละครั้ง ต่อเนื่องกันสูงสุดไม่เกิน 180 วัน ต่อการเดินทางแต่ละครั้ง
7. อาณาเขตที่ไม่คุ้มครอง: เนปาล (เฉพาะการเดินทางแบบ Trekking) ตามบิ๊งบงกุเข และ การไต่หน้าผา/ปีนเขา
8. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเบี้ยประกันภัยตามความเหมาะสม

# เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์

ความคุ้มครอง	Dhipaya	ประกัน A	ประกัน B
<b>คุ้มครองชีวิต อุบัติเหตุ และสุขภาพ</b>			
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ	2,000,000	2,000,000	3,000,000
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในต่างประเทศ	2,000,000	2,000,000	3,000,000
3. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศไทย	150,000	200,000	300,000
4. ผลประโยชน์การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศ	2,000,000	2,000,000	3,000,000
5. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศ	2,000,000	2,000,000	3,000,000
6. ผลประโยชน์ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก	500,000	1,000,000	500,000
<b>คุ้มครองทรัพย์สิน</b>			
7. ผลประโยชน์ชดเชยการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายในกระเป๋าเดินทาง	10,000	30,000	30,000
- จ่ายสูงสุด / ชิ้น / คู่ / ชุด	2,000	X	X
8. ผลประโยชน์ความคุ้มครองเอกสารการเดินทาง	2,000	10,000	8,000
9. ผลประโยชน์การสูญหายหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทาง ทรัพย์สินส่วนตัว รวมถึงคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก อันเนื่องมาจากภัยธรรมชาติ	5,000	X	X
<b>คุ้มครองความไม่สะดวกในการเดินทาง</b>			
10. ผลประโยชน์การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง	10,000	100,000	50,000
11. ผลประโยชน์ชดเชยความล่าช้าในการเดินทาง	20,000	20,000	15,000
- จ่าย 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ของการเดินทางล่าช้าต่อเนื่องกันในทุกๆ 6 ชั่วโมงเต็ม			
12. การขยายระยะเวลาเอาประกันภัยโดยอัตโนมัติ (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)	✓	X	✓
<b>ระยะเวลาเดินทาง</b>	<b>เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร</b>		
1-7 วัน	834	845	883
รายปี	5,378	6,555	6,280

# ขั้นตอนการซื้อประกัน สำหรับลูกค้า



# ช่องทางในการสมัคร

1

เข้า Website ของธนาคาร



เว็บไซต์ [www.lhbank.co.th](http://www.lhbank.co.th)

2

เข้าผ่าน QR Code



3

เข้า Link

[https://www.lhbank.co.th/Person/Lists/ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย-ประกันภัยออนไลน์ตามไลฟ์สไตล์\\_ประกันภัยการเดินทาง\\_ทีเอ\\_สบายใจทั่วโลก/3/98](https://www.lhbank.co.th/Person/Lists/ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย-ประกันภัยออนไลน์ตามไลฟ์สไตล์_ประกันภัยการเดินทาง_ทีเอ_สบายใจทั่วโลก/3/98)





## กรอก รายละเอียดข้อมูลการเดินทาง

1 2 3 4  
 ระบุข้อมูล    เลือกแพ็คเกจ    สมัคร    สรุปและชำระ

เลือกประเทศ (เลือกได้สูงสุด 3 ประเทศ)

ระบุประเทศที่จะไป

รูปแบบการเดินทาง

รายเที่ยว     รายปี

วันออกเดินทาง (แผนประกันภัยแบบรายปี จำกัดการเดินทางแต่ละครั้งต่อ  
เนื่องติดต่อกันสูงสุดไม่เกิน 180 วัน)

07/11/2021 - 06/11/2022

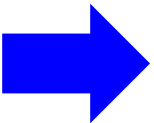
สำหรับ

คนเดียว     หลายคน     ครอบครัว

หมายเหตุ :

- ผู้ถือเอาประกันภัยต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย โดยจะต้องเริ่มเดินทางออกจากประเทศไทย และสิ้นสุดการเดินทาง กลับมาประเทศไทยเท่านั้น
- หากเอาชดเชยไม่คุ้มครองจะ แบ่ง (เฉพาะการเดินทางแบบ Trekking และมีปีงบนภูเขา และการได้นำมาเป็นเช่า)
- หากมีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเกิดจากสาเหตุประทุ้ง การก่อความวุ่นวาย การฉ้อโกงฉ้อฉล การจลาจล ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ก่อนที่จะมีระยะเวลาประกันภัยจะไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเดินทาง

**ต่อไป**



1 2 3 4  
 ระบุข้อมูล    เลือกแพ็คเกจ    สมัคร    สรุปและชำระ

Backpack 1 สำหรับลูกค้า LH Bank <b>1,585 บาท</b> ✕ ไม่สามารถยืนยันวีซ่าได้ สูญเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 1,000,000 ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 500,000 เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อัฐิกลับประเทศ (บาท) 1,000,000 ภาวะเป่าเดินทาง/ทรัพย์สินในภาวะเป่าเดินทางสูญหายหรือเสียหาย (บาท) 5,000 การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) - ข้อมูลเพิ่มเติม <b>เลือกแบบนี้</b>	Backpack Go 1 สำหรับลูกค้า LH Bank <b>2,051 บาท</b> ✕ ไม่สามารถยืนยันวีซ่าได้ สูญเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 1,500,000 ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 1,000,000 เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อัฐิกลับประเทศ (บาท) 1,500,000 ภาวะเป่าเดินทาง/ทรัพย์สินในภาวะเป่าเดินทางสูญหายหรือเสียหาย (บาท) 5,000 การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) - ข้อมูลเพิ่มเติม <b>เลือกแบบนี้</b>	Backpack 2 สำหรับลูกค้า LH Bank <b>แนะนำ</b> <b>2,274 บาท</b> ✓ สามารถยืนยันวีซ่าได้ สูญเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 1,500,000 ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 1,500,000 เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อัฐิกลับประเทศ (บาท) 1,500,000 ภาวะเป่าเดินทาง/ทรัพย์สินในภาวะเป่าเดินทางสูญหายหรือเสียหาย (บาท) 10,000 การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) 20,000 ข้อมูลเพิ่มเติม <b>เลือกแบบนี้</b>	Backpack Go 2 สำหรับลูกค้า LH Bank <b>3,641 บาท</b> ✓ สามารถยืนยันวีซ่าได้ สูญเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 2,000,000 ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 2,000,000 เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อัฐิกลับประเทศ (บาท) 2,000,000 ภาวะเป่าเดินทาง/ทรัพย์สินในภาวะเป่าเดินทางสูญหายหรือเสียหาย (บาท) 10,000 การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) 20,000 ข้อมูลเพิ่มเติม <b>เลือกแบบนี้</b>
--	---	--	--

**คลิก เลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ**



ระบุข้อมูล   
  เลือกแพ็คเกจ   
  3 สมบัติ   
  4 สเปนและชား

ผู้เอาประกันภัย (คนที่ 1) **กรอก รายละเอียดข้อมูลผู้เอาประกันภัยให้ครบถ้วน**

**ข้อมูลส่วนตัว**

อีเมล  ยืนยันอีเมล

เบอร์โทร

เลขบัตรประชาชน   
  หนังสือเดินทาง

หมายเลขบัตรประชาชน

ชื่อจริง (English)  FIRST NAME   
 นามสกุล (English)  LAST NAME

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)

วัน   
  เดือน   
  ปี ค.ศ.

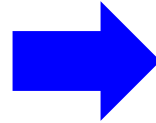
**ที่อยู่ (English)**

บ้านเลขที่  หมู่  ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน  ซอย  ถนน

จังหวัด   
  อำเภอ/เขต   
  ตำบล/แขวง   
  รหัสไปรษณีย์

**ผู้รับผลประโยชน์**

ทายาทตามกฎหมาย   
  อื่นๆ



**ข้อมูลทั่วไป**

**วัตถุประสงค์การเดินทาง**

ท่องเที่ยว   
  การศึกษา  
 ธุรกิจ   
  อื่นๆ

**ที่อยู่ในการจัดส่งกรมธรรม์**

ตามที่อยู่ด้านบน   
**เลือก ช่องทางการรับใบเสร็จ และกรมธรรม์**  
 ที่อยู่อื่น

**วิธีการรับกรมธรรม์**

รับกรมธรรม์เฉพาะทางอีเมล  
 รับกรมธรรม์ทางอีเมลและไปรษณีย์ (\*ไปรษณีย์จะถูกจัดส่งภายใน 7-14 วันทำการ)

**นโยบายการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อบริษัท**





ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยและตัวแทนของผู้ขอเอาประกันภัยรายอื่น ("ผู้เอาประกันภัย") ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ไข่ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัย ผ่านช่องทางต่างๆที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิ

ยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไข

**ต่อไป**

**คลิกยอมรับเงื่อนไขและข้อตกลง และ กดต่อไป**

## ตรวจสอบสรุปข้อมูลการทำประกันภัย ก่อนดำเนินการชำระเงิน

ระบุข้อมูล    เลือกแพ็คเกจ    สมัคร    สรุปและชำระ

## ข้อมูลผู้เอาประกัน

แก้ไข

ชื่อผู้เอาประกันภัย	MR. TEST SYSTEM
วัน/เดือน/ปีเกิด	09/11/1977
เลขบัตรประชาชน	1100800379915
เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้เอาประกัน	234 RAMA 3 RD. BANGSUEFANGNUEA BANGKHEN, BANGKOK 10220
ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ	234 RAMA 3 RD. BANGSUEFANGNUEA BANGKHEN, BANGKOK 10220

## อีเมลสำหรับจัดส่งเอกสาร

แก้ไข

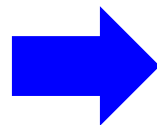
siriwatu@dhipaya.co.th

## รายละเอียดกรมธรรม์

จุดหมายปลายทาง	SCHENGEN, JAPAN, KOREA	เดินทางไป	07/11/2021
เดินทางกลับ	06/11/2022	จำนวนวัน	365 วัน
รูปแบบการเดินทาง	INDIVIDUAL	จำนวนผู้เดินทาง	1 คน
แผนการเดินทาง	Backpack 2 สำหรับลูกค้า LH Bank		

## ราคาเบี้ยประกันรวม

2,274.00 บาท



## ช่องทางการชำระเงิน

 <b>บัตรเครดิต / เดบิต</b>	 โฉนดเงินสด	 Scan to Pay	 ShopeePay
--	---	--	--


หมายเหตุ : กรณีวันเริ่มคุ้มครองวันเดียวกันกับวันที่ทำการสั่งซื้อ จะชำระเงินได้แค่ช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต เท่านั้น

## ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกัน


ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกันการเดินทาง ผ่านเว็บไซต์

ชำระเงิน


ช่องทางชำระเงิน <sup>?</sup>




บัตรเครดิต / เดบิต



QR Code



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร  
 ชำระผ่านช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต

**2c2p** ภาษาไทย

---

ชื่อแนะนำ

ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ

**Dhipaya Insurance Public Company Limited**


รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX

หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105OX077759

จำนวน: 150.00 THB

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120  
 , เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com>

ชำระผ่านบัตรเครดิต/เดบิต

บัตรที่รับชำระ: 





หมายเลขบัตร\*  ชื่อผู้ถือบัตร\*

วันหมดอายุบัตร   CVV/CVV2  [CVV/CVV2 คืออะไร?](#)

THAILAND  AEON

Email address (Optional)

Or จ่ายด้วย :

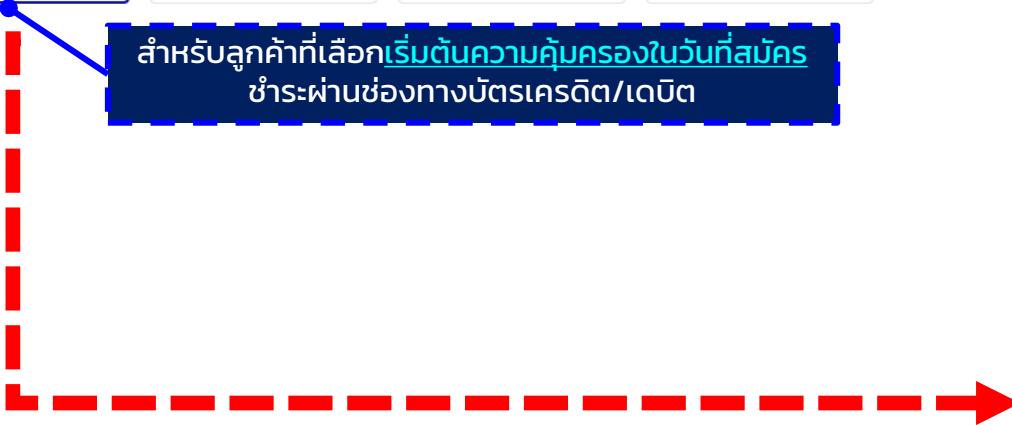
- 
- 
- 
- 

ดำเนินการต่อ

กรอกข้อมูลบัตรเครดิต/บัตรเดบิต

หรือ เลือกชำระผ่านช่องทางอื่นๆ

คลิกเพื่อทำรายการต่อไป



## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



บัตรเครดิต / เดบิต



**เคาน์เตอร์**



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือก**เริ่มต้นความคุ้มครองในวันถัดไป**  
ชำระผ่านช่องทางเคาน์เตอร์

ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ

ท่านกำลังชำระค่าสินค้าและบริการให้กับ

**Dhipaya Insurance Public Company Limited (multicurrency)**

รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX

หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105LX000040


จำนวน: 250.00 THB

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพหลโยธิน แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com/multicurrency>


**เลือกธนาคารที่ต้องการชำระ:**

ชำระผ่านเคาน์เตอร์


โปรดเลือกธนาคาร




ธนาคารไทยพาณิชย์




SCB ไทยพาณิชย์




Bangkok Bank ธนาคารกรุงเทพ




ธนาคารกรุงไทย




ธนาคารกรุงศรีอยุธยา



TMB



ธนาคารสยามสมเด็จ



UOB

ลูกค้าดำเนินการถ่ายรูปใบ pay-in หรือ พิมพ์เอกสาร ใบ Pay-in เพื่อนำไปชำระที่ธนาคารที่

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED


Payment Code (Ref.1)

**4192626796**

Amount (THB)


**XXX.XX**

\*Please pay before 11/05/2021 17:33:09



QR Code

Mobile No. (Ref.2) 0646394963



Return to Merchant
View Instructions
Print


## ช่องทางการชำระเงิน เคาน์เตอร์ มีค่าธรรมเนียม ขึ้นอยู่กับช่องทางที่ลูกค้าเลือก (ตัวอย่างค่าธรรมเนียมตามภาพด้านล่าง)

 Bangkok Bank (SERV CODE PAYSERVI)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

 Siam Commercial Bank (COMP CODE 2616)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht


 Bank of Ayutthaya (COMP CODE 91230)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

            Cenpay (7 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Tesco Lotus (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Pay@post (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Boonterm (10 Baht.)\* Max Limit: 1,500 Baht

 Kasikorn Bank (COMP CODE 35204/ATM Only 98001)(10/25 Baht)\*Max Limit: 2,000,000 Baht

 Krungthai Bank (COMP CODE 2028)(10/25 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

 GSB ,ATM (10 Baht)\* Internet Banking and Mymo Mobile Banking (0 Baht)

 Big C bill payment @ Cashier (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 mPay (15 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

  True Money Express and True Money Wallet (15 Baht)\* Max Limit: 30,000 Baht

 BangkokPay (10 Baht)\* Max Limit: 10,000 Baht



## ช่องทางการชำระเงิน ⑦



สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร  
ชำระ Scan to Pay

### วิธีชำระเงินช่องทาง Scan to Pay

1. ลูกค้าแคปหน้าจอ QR Code เพื่อนำไปชำระที่แอปพลิเคชันของธนาคาร สามารถชำระได้ทุกธนาคารที่บริการ prompt pay
2. กรณีลูกค้าออกจากหน้าดังกล่าว ไม่มีผลอะไร เพียงเก็บหลักฐานการชำระเงินไว้ จนกว่าจะได้รับเอกสารกรมธรรม์

**2c2p**

Merchant: Dhipaya Insurance Public Company Limited  
Amount: THB XXX.XX

Please scan the QR code using ThaiQR app to continue payment.  
โปรดสแกน QR จ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที เหลือเวลา 09:58  
กรุณายำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ




ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code  
เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที  
กรุณายำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงิน  
สำเร็จ

## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



บัตรเครดิต / เดบิต



เงินสด



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือก **เริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร** ชำระผ่าน ShopeePay

**วิธีชำระเงินช่องทาง ShopeePay**

1. ลูกค้าแคปหน้าจอ QR Code เพื่อนำไปชำระที่แอปพลิเคชัน ShopeePay (ตัวอย่างหน้าถัดไป)

**2c2p**

Merchant: Dhipaya Insurance Public Company Limited  
Amount: THB XXX.XX

Please scan the QR code using AirPay Wallet app to continue payment.



ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที กรุณาอย่าปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ

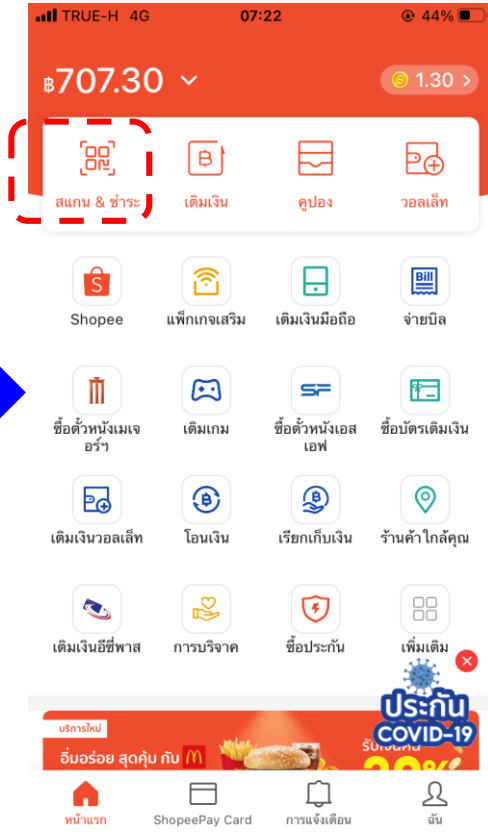




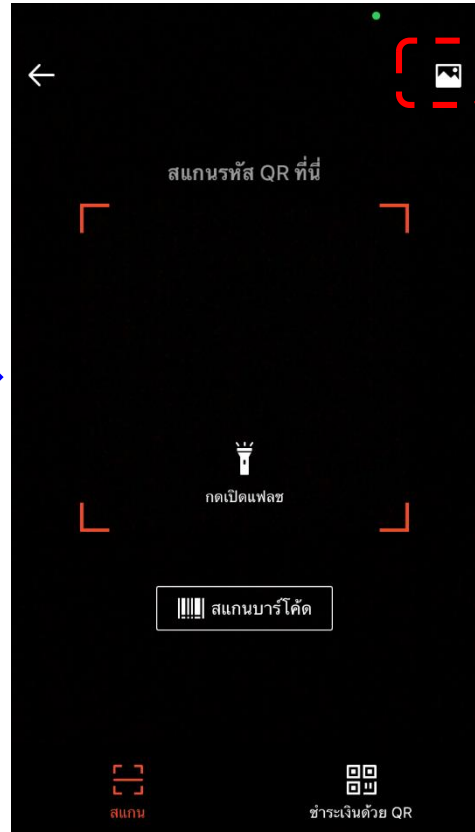
เลือกแอปพลิเคชัน  
Shopeepay ในมือถือ



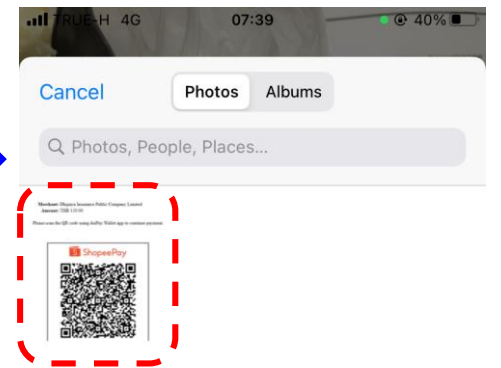
เลือกสแกน & ชำระ




เลือกอัลบั้มรูปภาพ



เลือกรูป QR Code ที่ได้แคปไว้




หน้าจอแสดงการชำระเงินสำเร็จ



ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ



ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ  
**Dhipaya Insurance Public Company Limited**

รายละเอียดสินค้า: Backpack 2 ทุนประกัน 1,500,000 บาท  
หมายเลขคำสั่งซื้อ: 21114O000760  
จำนวน: 2,274.00 THB

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com>


**การชำระเงินของคุณสำเร็จ**

บัตรของคุณ 555555XXXXX4444 ชำระเงิน 2,274.00THB และจะแสดงในใบแจ้งยอดเป็นชื่อ "2C2P.COM"  
กรุณามั่นใจที่หมายเลขรายการสินค้าเพื่อให้อ้างอิง  
สำหรับการช่วยเหลือด้านการชำระเงิน คุณสามารถติดต่อผ่านอีเมล [support@2c2p.com](mailto:support@2c2p.com)

คุณจะถูกนำกลับไปยังหน้าร้านค้าภายใน 3 วินาที

← [กลับไปหน้าร้านค้า](#)

หน้าจอแสดงทำรายการสำเร็จ พร้อมข้อมูลกรมธรรม์




**ทำรายการสำเร็จ**  
บริษัทจะส่งเอกสารการรับประกันภัย  
ตามอีเมลที่คุณระบุไว้

**ข้อมูลกรมธรรม์**

Invoice Number	21114O000760
ชื่อผู้เอาประกัน	MR. TEST SYSTEM
เลขที่กรมธรรม์	14003-151-210032902
วันที่เริ่มคุ้มครอง	07 พฤศจิกายน 2564
วันสิ้นสุดคุ้มครอง	06 พฤศจิกายน 2565
แผนการเดินทาง	Backpack 2
ประเทศต้นทาง	Thailand
ประเทศปลายทาง	Schengen, JAPAN, KOREA
ทุนประกัน	1,500,000 บาท


ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ Mail ทั้งหมด 3 mail ดังนี้  
 ครั้งที่ 1 ยืนยันการชำระเงินสำเร็จ และ ไฟล์แนบกรมธรรม์  
 ครั้งที่ 2 ยืนยันการเป็นเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย  
 ครั้งที่ 3 ขอบคุนที่ให้ความไว้วางใจ บมจ.ทิพยประกันภัย และ เอกสารใบเสร็จ


ยืนยันการชำระเงินสำเร็จ รายการหมายเลข :: 21114O000760 (ทดสอบ) Affinity Program. ลบ ◀️ กลับกลับ

 Dhipaya Tipinsure.com <no-reply@dhipaya.co.th>  
ส. 6/11/2021 12:44

ถึง: Siriwat Umpornpipat (Financial Institution Business);

📎 สิ่งแนบมา 1 รายการ

 21114O000760.pdf



**การชำระเงินเรียบร้อยแล้ว**  
**กรมธรรม์ของคุณแนบมาด้วยอีเมลนี้**

รายละเอียดการสั่งซื้อประกัน

ชื่อผู้เอาประกัน TEST SYSTEM

Home Tools 21114O000760.pdf x

📄 ⭐ 📁 🖨️ 🔍 ⬆️ ⬇️ 1 / 100 🖱️ 🖐️ ⬅️ ➡️

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

STAMP DUTY ADDRESS : 1111 SAKRA 3 ROAD, CHOOCHONGTIP  
BANGKOK 10220  
TEL : 074 8 2000 000  
FAX : 074 8 200 000  
SST. 07 Stamp Duty Paid  
www.dhipaya.co.th

กรมธรรม์ประกันภัย THE SCHEDULE (รายละเอียดการซื้อกรมธรรม์ (Online))

กรมการประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางไปทั่วโลก (International Travel Sure Insurance)    กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ : 14003-151-210032902

ประเภทกรม : DHP    (Company Code)    (International Travel Sure Insurance)    Policy No.

ประเภทกรม :  ภัยเที่ยว Travel Only     ภัยอื่น All-risk Multi-trip

1. ผู้เอาประกันภัย : ชื่อ ชื่อ และชื่อในโทรศัพท์    เลขประจำตัวประชาชนในสำเนาที่แนบมา    ID No (Album over the passport No.    110000079915  
 The Insured : Name Address and Telephone No.    MR. TEST SYSTEM, 02-239-2023    HOUSE NO. 214 RAMA 3 ROAD BANCSUEFANGNOEA, BANGKOK BANGKOK 10220    อายุ : Age    43

2. ผู้รับประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address    ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย    Relationship to the Insured  
 AS BHIR IN LAW

3. รายละเอียดผู้มีความคุ้มครอง : Covered persons & detail

ลำดับ No.	ชื่อ-นามสกุล Covered person's name	เลขที่บัตรประชาชน Identity Card Number	อายุ Age	ชื่อ Address	เลขประจำตัวประชาชน ID No.	ผู้รับประกันภัย Beneficiary's name	ความสัมพันธ์ Relationship to the Insured
1	MR. TEST SYSTEM	110000079915	43	202/074 8 2000 000 BANGKOK	02-239-2023	AS BHIR IN LAW	

4. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง :  พักแรม     ธุรกิจ     อื่นๆ (Please specify)

5. เส้นทางการเดินทาง : KOREA, JAPAN, SCHENGEN

6. อาณาเขตที่ให้ความคุ้มครอง : AS PER ATTACHED

7. ระยะเวลาประกันภัย : 06/11/2021 เวลา 00:01 น. ถึง 06/11/2021 เวลา 24:00 น.

8. จำนวนจำกัดความรับผิด กรมธรรม์ : (จำกัดการคุ้มครองเฉพาะจำนวนเงินสงเคราะห์กรณีอุบัติเหตุ)    Limit of liability (Total payable)    100,000,000 Baht (subject to the applicable limit of liability in the policy)

เงินค่าเบี้ยประกันภัย (บาท) Insurance Premium (Baht)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท หรือ วัน) Deductible (Baht or day)	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)
	AS PER ATTACHED		
เบี้ยประกันภัยสำหรับเพิ่มเติม Additional Premium			
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium discount			
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium			
อัตราผลตอบแทน Net Profit			
ภาษี TAX			
เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium			
2,274.00			

ประกันภัยโดยกรม กรม     คุ้มครองการเดินทาง     ครอบคลุมการเดินทางทั้งหมด    151    ใบอนุญาตเลขที่ License No.

ตัวอย่าง หน้าตาราง กรมธรรม์ E-Policy

## ช่องทางการเคลม

กรณีเรียกร้องค่าสินไหม สอบถามรายละเอียด หรือจัดส่งเอกสาร สามารถติดต่อได้ตามช่องทางด้านล่าง

1. Hotline คำปรึกษาพยาบาลสุขภาพและอุบัติเหตุ (บัตรประกัน) 24 ชั่วโมง : ระบุในบัตรประกัน
2. TIP Flash Claim
3. สินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล : โทร. 02-239-2840 (ในเวลาทำการ 8.30 - 16.30)
4. Email: [claim\\_ah@dhipaya.co.th](mailto:claim_ah@dhipaya.co.th)
5. ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีค่ารักษาพยาบาล

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวม ควรมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้าจบประกอบ)
3. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่เข้ารับการรักษาหรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล สาเหตุ อาการ บริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน (กรณีกลับมารักษาตัวในประเทศไทย ขอให้แพทย์ระบุวันที่เริ่มมีอาการหรือวันที่เกิดอุบัติเหตุให้ชัดเจน)
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีการสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. เอกสารรับรองความสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น (Property Irregularity Report) จากฝ่ายบริหารโรงแรม, ฝ่ายบริหารของบริษัทผู้ขนส่งหรือสายการบิน กรณีการสูญเสียหรือความเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรม, บริษัทผู้ขนส่งหรือสายการบิน
3. บันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่ที่เกิดเหตุ กรณีการสูญเสียหรือความเสียหายเกิดจากการขู่ขโมยหรือบังคับในลักษณะรุนแรง (ภาษาอังกฤษหรือแปลเป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ)
4. รายการและรายละเอียด รุ่น ยี่ห้อ ขนาด อายุการใช้งาน และราคาของทรัพย์สินที่สูญเสียหรือเสียหาย
5. สำเนาใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการซื้อกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว (ถ้ามี)
6. รูปถ่ายของกระเป๋าเดินทาง หรือทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย
7. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
8. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีการล่าช้าของการเดินทาง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3 โดยระบุเลขที่ไฟล์ทและข้อมูลสายการบิน เวลา Timeline ต่างๆโดยละเอียด
2. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
3. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย ที่แสดงเวลาการเดินทางจากกำหนดการเดิมและที่ได้เดินทางจริง
4. เอกสารยืนยันการล่าช้าจากสายการบิน หรือผู้ขนส่ง อธิบายสาเหตุของการล่าช้าที่ชัดเจน (Property Irregularity Report : PIR)
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทางก่อนออกเดินทางจากประเทศไทย

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. ใบรับรองแพทย์ หรือใบมรณบัตร กรณีที่ต้องการยกเลิกเดินทาง เนื่องจากการเสียชีวิต / การบาดเจ็บสาหัสหรือเจ็บป่วยหนักของผู้เอาประกันภัย หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ของค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบอกเลิกการเดินทาง (อาทิ ค่าตั๋วเครื่องบิน ค่าที่พักที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปล่วงหน้า) หรือใบแจ้งหนี้ค่าปรับที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระเพิ่มเติม หรือหลักฐานการขอคืนเงินทุกรายการ
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย (ที่ทำรายการจองไว้ล่วงหน้า)
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย



## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีเอกสารการเดินทางสูญหาย

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้า 1 ถึง 3
2. บันทึกรประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ (ภาษาอังกฤษ หรือกรณีภาษาอื่นต้องแปลเป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ)
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ค่าใช้จ่ายในการขอเอกสารการเดินทางชั่วคราวที่สถานทูตในต่างประเทศ และค่าใช้จ่ายต่างๆ ระหว่างดำเนินการเพื่อขอรับเอกสารการเดินทางใหม่ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ที่ต้องจ่ายเพิ่ม
4. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ในการขอออกหนังสือเดินทางฉบับใหม่ในประเทศ
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
6. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีสูญเสียชีวิต: สายตา หรือคุณภาพการมองเห็น

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้า 1 ถึง 3
2. ใบรายงานความเห็นแพทย์กรณีประเมินคุณภาพ (A04)
3. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาตั๋วเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกัน
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย
6. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)
7. ใบแสดงความเห็นของแพทย์ กรณีประเมินสูญเสียสายตา (A05)



## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที 1 ถึง 3
2. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ
3. ใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีทำให้ผู้อื่นเสียชีวิต หรือบาดเจ็บ
4. ใบเสร็จรับเงินค่าซ่อมแซม หรือใบเสร็จรับเงินและจดหมายยืนยันจากทางร้านค้าในกรณีที่จำเป็นต้องซื้อของชิ้นนั้นๆ เนื่องจากทำให้ของชิ้นนั้นเสียหาย
5. หมายศาล หรือคำสั่ง หรือคำบังคับของศาล (ถ้ามี)
6. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
7. รูปถ่ายและหลักฐานแสดงความสุขเสียหายหรือเสียหายที่เกิดแก่บุคคลภายนอก
8. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีเสียชีวิต

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที 1 ถึง 3
2. สำเนาใบมรณบัตร
3. สำเนารายงานชั้นสูตรพลิกศพ รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
4. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย " ตาย "
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
8. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาตั๋วเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกัน
10. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย
11. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)



## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรณีประกันภัยการเดินทาง (TA)


### ### หมายเหตุ:

1. กรณีการเรียกร้องค่าสินไหมตามผลประโยชน์อื่นๆในกรมธรรม์ กรุณาตรวจสอบรายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมจากรายละเอียดในกรมธรรม์
2. ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และ เอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น
3. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 7-10 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน
4. กรณีเอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมเป็นใบเสร็จรับเงิน ต้องใช้ต้นฉบับเท่านั้น
5. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ กรุณาเตรียมเอกสารเพิ่มเติมประกอบชุดเคลม ดังนี้
  - สำเนาสูติบัตร
  - สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์
  - สำเนาบัตรประชาชน ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์

เมื่อท่านระบุแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน และจัดเตรียมเอกสารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว  
กรุณาจัดส่งชุดเอกสารต้นฉบับโดยไปรษณีย์ลงทะเบียนหรือ EMS มาที่  
ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15  
บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

หากท่านมีข้อสงสัย หรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อส่วนสินไหมด้านสุขภาพ (A&H Claim)  
ในวันเวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 -16.30 น. โทร.02-239-2200  
หรือ ID line : @tip\_claimpa  
หรือ E-mail : claim\_ah@dhipaya.co.th

## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1)



**A01-1**  
ห่วงใยทุกวินาที

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Travel Insurance Claim Form)**

**1. รายละเอียดกรมธรรม์ (Policy)**

1.1 เลขที่กรมธรรม์ (Policy no.) \_\_\_\_\_

**2. รายละเอียดผู้ประกันภัย (Insured Person Details)**

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย (Name of Insured) \_\_\_\_\_ อายุ (Age) \_\_\_\_\_

2.2 ที่อยู่ (Address) \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ (Telephone no.) \_\_\_\_\_ อีเมล (Email Address) \_\_\_\_\_

**3. รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)**

3.1 วันที่เกิดเหตุ (Date) \_\_\_\_\_ เวลา (Time) \_\_\_\_\_ สถานที่ (Place) \_\_\_\_\_

3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the Incident occurred) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ความเสียหายหรือเสียหายใดบ้างที่ได้รับชดเชยแล้วหรือไม่ (This loss has not been compensated from other companies or other parties) \_\_\_\_\_

ได้รับ การชดเชยจากหน่วยงานอื่น (has been compensated from other companies or other parties) \_\_\_\_\_

ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด (Please specify the name of the company) \_\_\_\_\_

เป็นจำนวนเงิน (Amount of compensation) \_\_\_\_\_ บาท (Baht) .

**4. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim)**

4.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน (Amount Claim) \_\_\_\_\_ บาท (Baht) หรือระบุมูลค่าเงินที่ท่านใช้จ่ายจริง

ดังต่อไปนี้ (Please tick in the box the type of benefits you are claiming):

กรณีค่ารักษาพยาบาล (Medical expenses)


ในประเทศไทย (in Thailand)

ต่างประเทศ (Abroad)

กรณีการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และทรัพย์สินส่วนตัว (Damage/ Loss of baggage and personal effect)

กรุณาระบุรายละเอียดความเสียหายในเอกสารหน้า 2 Please describe the detail of item damaged/lost in page no. 2

หน้า **1** จาก **3**



**A01-1**  
ห่วงใยทุกวินาที

กรณีการล่าช้าในการเดินทาง (Travel delay) กรุณาระบุเวลาเดินทางจากหมายกำหนดการเดินทาง และ เวลาที่เดินทางจริง

**กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)**

Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**เดินทางจริง (New Schedule)**

Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)**

Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**เดินทางจริง (New Schedule)**

Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)**

Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**เดินทางจริง (New Schedule)**

Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

กรณีการเลื่อนหรือยกเลิกการเดินทาง ก่อนขึ้นเครื่องบิน (Trip cancellation)

กรณีการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage delayed)

กรณีความคุ้มครองเอกสารเดินทาง (Loss of travel document)

กรณีเสียชีวิต การสูญเสียบ่าไหล่ ทุพพลภาพชั่วคราวหรือถาวร สูญเสียอวัยวะหรือการสูญเสียการมองเห็น (Loss of life, dismemberment (hand, foot), loss of sight or total permanent disability while traveling)

กรณีการจี้โดยขโมย (Hijacking)

กรณีความรับผิดชอบจากบุคคลภายนอก (Third Party Liability)

กรณีอื่นๆ (Others).....

รายการสูญหาย / เสียหาย (ชื่อรุ่น/ขนาด/วัสดุ) Item damaged/lost (brand/model/size/material)	วันที่ซื้อ Date of Purchase	ราคา Price
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

อื่นๆ โปรดระบุ (Other claiming, please describe) \_\_\_\_\_


กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์แก่บิดา/ มารดา

โดยข้าพเจ้าขอไว้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมในนาม \_\_\_\_\_

In case of the insured is minor the company would make the claim payment to parents.

I would like the company make claim payment to \_\_\_\_\_

หน้า **2** จาก **3**



**A01-1**  
ห่วงใยทุกวินาที

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้ใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อหรือยื่นเรื่องถึงกรมการประกันภัย การได้รับบาดเจ็บ ประสิทธิภาพการแพทย์ของข้าพเจ้า อันถึง ส่วนรูปถ่ายของหรือสื่อข้อมูลอื่นใดให้ถือว่ามอบให้ใช้เช่นเดียวกับฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือบิดเบือนเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บัตรเขียนหรือปลอมงานจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือยึดถือสินไหมใดๆ ตามที่ข้าพเจ้าได้บันทึก

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation prescriptions and treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. Company have right to refuse or refund any claim from insured if Company found that Statements in this report are not true, fraud, or hide important information.

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_ วันที่ (Date) \_\_\_\_\_

ผู้แจ้ง (Claimant) / ผู้เอาประกันภัย (Insured name)

**จำนวนจุดที่ต้องติดหรือทาบติดเป็นหมอน**

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ฝ่ายสินไหมประกันชีวิตสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1115 ถนนพระราม 3 แขวงจอมพลวชิร พญาเกล้าฯ ถนน 10120

โทร 02-239-2200

E-Mail: claim\_ab@dhipaya.co.th

(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 - 16.30 น.)

**Contact information**

Dhipaya Insurance Public Company Limited

A&H Claim Department

1115 Rama III road, Chong Nonsi, Yamnawa, BKK,

10120 Tel: +66 2 239 2200

E-Mail: claim\_ab@dhipaya.co.th

(Mon - Fri from 8.30 - 16.30)

หน้า **3** จาก **3**

## ประกันภัยการเดินทาง ทีเอ สบายใจทั่วโลก

- **แบบ International Travel Sure Insurance Plan (สำหรับครอบครัว)**



# ที่มาของประกันภัยการเดินทาง ต่างประเทศ

จะเที่ยวเมืองนอก ก็เที่ยวได้แบบชิลล์ ๆ  
หมดกังวล เมื่อเที่ยวบินหรือกระเป๋า  
เดินทางล่าช้า เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย  
ระหว่างเดินทางก็ไม่ต้องห่วงเรื่องภาระ  
ค่าใช้จ่าย และหมดกังวลเรื่องบ้าน

## กลุ่มลูกค้าเป้าหมาย

 บุคคลทั่วไปอายุระหว่าง 1-75 ปี

 รักการท่องเที่ยวต่างประเทศ

 คนที่อยากลดความเสี่ยง หากเกิด  
อุบัติเหตุที่ไม่คาดฝัน

## จุดเด่นผลิตภัณฑ์

1. เบี้ยเริ่มต้นหลักร้อย
2. พิเศษแพนครอบครัว \*ฟรีทันทีบุตร 2 คน  
สำหรับผู้เอาประกันและคู่สมรส อายุไม่เกิน 75 ปี  
\* ฟรีบุตรอายุ 1-21 ปีที่ร่วมเดินทาง ไม่เกิน 2 ท่าน
3. ความคุ้มครองสูงสุดถึง 22 ความคุ้มครอง



# เงื่อนไขความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	ผลประโยชน์ (บาท)			
	Sliver	Gold	Diamond	Platinum
<b>คุ้มครองชีวิต อุบัติเหตุ และสุขภาพ</b>				
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียชีวิต: สาเหตุหรืออุบัติเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในต่างประเทศ	500,000	1,500,000	3,000,000	5,000,000
3. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศไทย	50,000	150,000	300,000	500,000
4. ผลประโยชน์การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000
5. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000
6. ผลประโยชน์ชดเชยความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอกในต่างประเทศ	1,000,000	2,000,000	2,000,000	3,000,000
7. ผลประโยชน์ชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ชดเชยวันละ (สูงสุดไม่เกิน 20 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	×	1,000	3,000	3,000
8. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล	×	50,000	100,000	200,000

## เงื่อนไขความคุ้มครอง

คุ้มครองทรัพย์สิน				
9. ผลประโยชน์เขตเช่าการสูญหายหรือเสียหายของ กระเป๋าเดินทาง และ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายใน กระเป๋าเดินทาง - จ่ายสูงสุด / ชิ้น / คู่ / ชุด	×	50,000 (2,500)	40,000 (5,000)	50,000 (5,000)
10. ผลประโยชน์ความคุ้มครองเอกสารการเดินทาง	×	10,000	10,000	20,000
11. ผลประโยชน์การสูญเสียบางอย่างหรือความเสียหายของ ทรัพย์สินภายในบ้าน	×	×	100,000	200,000
12. ผลประโยชน์เขตเช่าการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง				
• ล่าช้าตั้งแต่ 8 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 16 ชั่วโมง จ่ายชดเชยไม่เกิน 20% ของทุนประกันภัย				
• ล่าช้าตั้งแต่ 16 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 24 ชั่วโมง จ่ายชดเชยเพิ่มอีกไม่เกิน 30% ของทุนประกันภัย	×	×	25,000	30,000
• ล่าช้าตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป จ่ายชดเชยเพิ่มอีก ไม่เกิน 50% ของทุนประกันภัย				
13. ผลประโยชน์การสูญเสียบางอย่างหรือความเสียหายของ กระเป๋าเดินทาง ทรัพย์สินส่วนตัว รวมถึง คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กอันเนื่องมาจากภัยธรรมชาติ	×	×	20,000	30,000
14. ผลประโยชน์ความรับผิดชอบต่อบัตรเครดิต	×	×	10,000	10,000
15. ผลประโยชน์เขตเช่าการสูญหายของเงินส่วนตัว (ความรับผิดส่วนแรก 1,000 บาท)	×	×	×	10,000
16. ผลประโยชน์ความคุ้มครองอุปกรณ์กล้อง และโฮล-อิน-วัน	×	×	×	20,000



คุ้มครองความไม่สะดวกในการเดินทาง				
17. ผลประโยชน์การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง	10,000	30,000	30,000	50,000
18. ผลประโยชน์ชดเชยความล่าช้าในการเดินทาง - จ่าย 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ของการเดินทางล่าช้าต่อเนื่องกันในทุกๆ 6 ชั่วโมงเต็ม	×	×	25,000	35,000
19. ผลประโยชน์การพลาดการต่อเที่ยว (ตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป)	×	×	5,000	10,000
20. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการลดจำนวนวันเดินทาง	10,000	30,000	30,000	50,000
21. ผลประโยชน์ชดเชยการจัดเครื่องบินโดยสวัสดิอากาศ (จ่าย 5,000 บาท ทุกๆ 24 ชั่วโมงเต็ม)	10,000	30,000	30,000	50,000
22. การขยายระยะเวลาเอาประกันภัยโดยอัตโนมัติ (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)	✓	✓	✓	✓



# เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. เบี้ยประกันภัยแบบครอบครัวจะเป็น 2 เท่าของเบี้ยประกันภัยแบบรายบุคคล ทรัพย์สินคุ้มครองสำหรับบุตรที่ร่วมเดินทาง สูงสุดไม่เกิน 2 ท่าน ในวงเงินจำกัดความรับผิด 50% ของความคุ้มครองในข้อ 1 ส่วนความคุ้มครองในข้ออื่นๆ จะได้รับผลประโยชน์ตามแผนที่ผู้เอาประกันภัยได้เลือกไว้
2. ผู้เอาประกันภัยและผู้สมรสต้องมีอายุสูงสุดไม่เกิน 75 ปี และบุตรที่ร่วมเดินทางต้องมีอายุระหว่าง 1 - 21 ปี
3. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทยและต้องเริ่มต้นเดินทางออกจากประเทศไทยเท่านั้น
4. ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่ได้อาศัยการรักษาพยาบาล
5. ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถซื้อความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุการเดินทางต่างประเทศได้ 1 ฉบับต่อการเดินทาง 1 ครั้ง
6. ผู้เอาประกันภัยสามารถเข้ารับการรักษายาบาล\*ในสถานพยาบาลในต่างประเทศทั่วโลก โดยไม่ต้องสำรองจ่าย \*\*ทั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยจะต้องโทรแจ้งเจ้าหน้าที่ยกเลิกเพื่อประสานงานที่หมายเลข (066) 02-039-5730 ก่อนเข้ารับบริการ กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ได้โทรติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อประสานงาน ผู้เอาประกันภัยสามารถสำรองจ่าย และนำเอกสารใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ฉบับภาษาอังกฤษมาเบิกคืนภายหลังได้ ทั้งนี้ บริษัทฯ จะจ่ายเป็นสกุลเงินบาท โดยจะเทียบตามอัตราแลกเปลี่ยน ณ วันที่ผู้ขอเอาประกันภัยเข้ารับการรักษา  
\*โดยการพิจารณาสิทธิใหม่เป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์  
\*\*ขึ้นอยู่กับข้อกำหนด หรือนโยบายของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษายาบาลในประเทศนั้นๆ
7. ระยะเวลาในการเดินทางพำนักอยู่ในต่างประเทศแต่ละครั้ง ต่อเนื่องกันสูงสุดไม่เกิน 180 วัน ต่อการเดินทางแต่ละครั้ง
8. อาณาเขตที่ไม่คุ้มครอง: เนปาล (เฉพาะการเดินทางแบบ Trekking) ภูมิภาคบิ๊งบนภูเขา และการไต่หน้าผา/ปีนเขา
9. บริษัทประกันภัย ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเบี้ยประกันภัยตามความเหมาะสม



# เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์

ความคุ้มครอง	Dhipaya	ประกัน A	ประกัน B
<b>คุ้มครองชีวิต อุบัติเหตุ และสุขภาพ</b>			
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ	5,000,000	5,000,000	5,000,000
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในต่างประเทศ	5,000,000	5,000,000	5,000,000
3. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศไทย	500,000	×	500,000
4. ผลประโยชน์การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศ	5,000,000	4,000,000	10,000,000
5. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศ	5,000,000	4,000,000	10,000,000
6. ผลประโยชน์ชดเชยความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอกในต่างประเทศ	3,000,000	4,000,000	3,000,000
7. ผลประโยชน์ชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ชดเชยวันละ (สูงสุดไม่เกิน 20 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	3,000	4,000	×
8. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล	200,000	200,000	×
<b>คุ้มครองทรัพย์สิน</b>			
9. ผลประโยชน์ชดเชยการสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายในกระเป๋าเดินทาง	50,000	40,000	50,000
- จ่ายสูงสุด / ชิ้น / คู่ / ชุด	5,000	5,000	
10. ผลประโยชน์ความคุ้มครองเอกสารการเดินทาง	20,000	5,000	10,000
11. ผลประโยชน์การสูญหายหรือความเสียหายของทรัพย์สินภายในบ้าน	200,000	100,000	×
12. ผลประโยชน์ชดเชยการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง	30,000	20,000	25,000
•ล่าช้าตั้งแต่ 8 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 16 ชั่วโมง จ่ายชดเชยไม่เกิน 20% ของทุนประกันภัย			
•ล่าช้าตั้งแต่ 16 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 24 ชั่วโมง จ่ายชดเชยเพิ่มอีกไม่เกิน 30% ของทุนประกันภัย			
•ล่าช้าตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป จ่ายชดเชยเพิ่มอีกไม่เกิน 50% ของทุนประกันภัย			
13. ผลประโยชน์การสูญหายหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทาง ทรัพย์สินส่วนตัว รวมถึงคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก อันเนื่องมาจากภัยธรรมชาติ	30,000	×	×
14. ผลประโยชน์ความรับผิดชอบต่อบัตรเครดิต	10,000	20,000	×
15. ผลประโยชน์ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว (ความรับผิดชอบส่วนแรก 1,000 บาท)	10,000	5,000	5,000
16. ผลประโยชน์ความคุ้มครองอุปกรณ์กล้องและโฮล-อิน-วัน	20,000	×	×
<b>คุ้มครองความไม่สะดวกในการเดินทาง</b>			
17. ผลประโยชน์การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง	50,000	ตามจริง	100,000
18. ผลประโยชน์ชดเชยความล่าช้าในการเดินทาง	35,000	20,000	25,000
- จ่าย 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ของการเดินทางล่าช้าต่อเนื่องกันในทุกๆ 6 ชั่วโมงเต็ม			
19. ผลประโยชน์การพลาดการต่อเที่ยว (ตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป)	10,000	20,000	15,000
20. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการลดจำนวนวันเดินทาง	50,000	×	50,000
21. ผลประโยชน์ชดเชยการจัดเครื่องบินโดยสล็อตอากาศ (จ่าย 5,000 บาท ทุกๆ 24 ชั่วโมงเต็ม)	50,000	100,000	100,000
22. การขยายระยะเวลาเอาประกันภัยโดยอัตโนมัติ (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)	ไม่เกิน 7 วัน	×	ไม่เกิน 30 วัน
<b>ระยะเวลาเดินทาง</b>		<b>เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร</b>	
1-7 วัน		3,715	2,763
รายปี		24,339	18,959
			23,500

# ขั้นตอนการซื้อประกัน สำหรับลูกค้า



# ช่องทางในการสมัคร

1

เข้า Website ของธนาคาร



เว็บไซต์ [www.lhbank.co.th](http://www.lhbank.co.th)

2

เข้าผ่าน QR Code



3

เข้า Link

[https://www.lhbank.co.th/Person/Lists/ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย-ประกันภัยออนไลน์ตามไลฟ์สไตล์\\_ประกันภัยการเดินทาง\\_ที่เอ\\_สบายใจทั่วโลก/3/98](https://www.lhbank.co.th/Person/Lists/ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย-ประกันภัยออนไลน์ตามไลฟ์สไตล์_ประกันภัยการเดินทาง_ที่เอ_สบายใจทั่วโลก/3/98)



## กรอก รายละเอียดข้อมูลการเดินทาง

1 2 3 4  
 ระบบข้อมูล    เลือกแพ็คเกจ    สมัครง    สรุปและชำระ

เลือกประเทศ (เลือกได้สูงสุด 3 ประเทศ)

SCHENGEN, กลุ่มประเทศเชงเก้น, JAPAN, ญี่ปุ่น, KOREA, เกาหลี

SCHENGEN, กลุ่มประเทศเชงเก้น X JAPAN, ญี่ปุ่น X KOREA, เกาหลี X

รูปแบบการเดินทาง

เที่ยวบิน     รถไฟ

รายเที่ยว    รายปี

วันออกเดินทาง (ข้อได้สูงสุด 180 วันต่อเที่ยว)

06/11/2021 - 17/11/2021

สำหรับ

คนเดียว     หลายคน     **ครอบครัว**

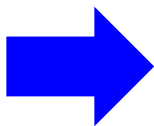
บุตร 1 คน    **บุตร 2 คน**

ประกันเดินทางแผนครอบครัวสำหรับผู้ประกันภัยและคู่สมรสอายุไม่เกิน 75 ปี ฟรี! คู่คุ้มครองบุตร 2 คน อายุ 1-21 ปี ในวงเงินจำกัดความรับผิด 50% ของความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ส่วนความคุ้มครองข้ออื่นๆได้รับผลประโยชน์ ตามแผนที่ผู้เอาประกันภัยเลือกไว้

หมายเหตุ :

- ผู้เอาประกันภัยต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย โดยจะต้องเริ่มเดินทางออกจากประเทศไทย และสิ้นสุดการเดินทาง กลับมายังประเทศไทยเท่านั้น
- อาดาเขตที่ไม่คุ้มครอง: เบนาลู (เฉพาะการเดินทางแบบ Trekking และปีนบนภูเขา และการได้นำพาป็นเขา)
- หากมีการเรียกค่าจ้างในมณฑลที่เกิดจากสาเหตุจากรัฐบาล การก่อความวุ่นวาย การนัดหยุดงาน การจลาจล ในเขตพื้นที่เกิดเหตุการณ์ที่ก่อเหตุจะสมัครเอาประกันภัยจะไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเดินทาง

**ต่อไป**



✓ 2 3 4  
 ระบบข้อมูล    เลือกแพ็คเกจ    สมัครง    สรุปและชำระ

Silver สำหรับลูกค้า LH Bank	Gold สำหรับลูกค้า LH Bank	Diamond สำหรับลูกค้า LH Bank	Platinum สำหรับลูกค้า LH Bank
633 บาท (สำหรับ 3 คน)	1,666 บาท (สำหรับ 3 คน)	3,281 บาท (สำหรับ 3 คน)	5,436 บาท (สำหรับ 3 คน)
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถยื่นวีซ่าได้	<input checked="" type="checkbox"/> สามารถยื่นวีซ่าได้	<input checked="" type="checkbox"/> สามารถยื่นวีซ่าได้	<input checked="" type="checkbox"/> สามารถยื่นวีซ่าได้
สูงสุดเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 1,000,000	สูงสุดเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 2,000,000	สูงสุดเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 3,000,000	สูงสุดเสียชีวิต/อวัยวะจากอุบัติเหตุ (บาท) 5,000,000
ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 500,000	ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 1,500,000	ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 3,000,000	ค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ (บาท) 5,000,000
เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อวัยวะกลับประเทศ (บาท) 1,000,000	เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อวัยวะกลับประเทศ (บาท) 2,000,000	เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อวัยวะกลับประเทศ (บาท) 3,000,000	เคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ศพ/อวัยวะกลับประเทศ (บาท) 5,000,000
กระเป๋าเดินทาง/ทรัพย์สินในกระเป๋าเดินทาง สูญหายหรือเสียหาย (บาท) -	กระเป๋าเดินทาง/ทรัพย์สินในกระเป๋าเดินทาง สูญหายหรือเสียหาย (บาท) 50,000	กระเป๋าเดินทาง/ทรัพย์สินในกระเป๋าเดินทาง สูญหายหรือเสียหาย (บาท) 40,000	กระเป๋าเดินทาง/ทรัพย์สินในกระเป๋าเดินทาง สูญหายหรือเสียหาย (บาท) 50,000
การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) -	การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) -	การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) 25,000	การล่าช้าในการเดินทาง (บาท) 35,000
ข้อมูลเพิ่มเติม	ข้อมูลเพิ่มเติม	ข้อมูลเพิ่มเติม	ข้อมูลเพิ่มเติม
<b>เลือกแบบนี้</b>	เลือกแบบนี้	เลือกแบบนี้	เลือกแบบนี้

**คลิก เลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ**

ระบุข้อมูล
  เลือกเขตแดน
  3 สมุด
  4 สาขาและชำระ

ผู้เอาประกันภัย (คนที่ 1)
 **กรอก รายละเอียดข้อมูล "ผู้เอาประกันภัย" ให้ครบถ้วน**

**ข้อมูลส่วนตัว**

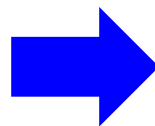
อีเมล  ยืนยันอีเมล   
 เบอร์โทร   
 เลขบัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง  
 ระบุเลขบัตรประชาชน   
 ชื่อจริง (English)  นามสกุล (English)   
 FIRST NAME LAST NAME  
 วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)     
 วัน เดือน ปี ค.ศ.

**ที่อยู่ (English)**

บ้านเลขที่ หมู่ ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน  
 House No Moc Building/Village Soi Road  
 จังหวัด อำเภอ/เขต ตำบล/แขวง รหัสไปรษณีย์

**ผู้รับผลประโยชน์**

ทายาทตามกฎหมาย  อื่นๆ



👤 คู่สมรส
 **กรอก รายละเอียดข้อมูล "คู่สมรส" ให้ครบถ้วน**

**ข้อมูลส่วนตัว**

อีเมล  เบอร์โทร   
 เลขบัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง  
 ระบุเลขบัตรประชาชน   
 ชื่อจริง (English)  นามสกุล (English)   
 คำนามหน้า ชื่อ นามสกุล  
 วัน / เดือน / ปีเกิด     
 วัน เดือน ปี

**ที่อยู่ (English)**

ที่อยู่ตามผู้เอาประกันคนที่ 1  อื่นๆ

**ผู้รับผลประโยชน์**

ทายาทตามกฎหมาย  อื่นๆ



บุตรคนที่ 1

กรอก รายละเอียดข้อมูล "บุตรคนที่ 1" ให้ครบถ้วน

ข้อมูลส่วนตัว

อีเมล  เบอร์โทร

เลขบัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง

ชื่อจริง (English)   นามสกุล (English)

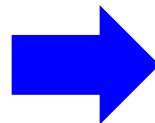
วัน / เดือน / ปีเกิด

ที่อยู่ (English)

ที่อยู่ตามผู้เอาประกันภัยที่ 1  อื่นๆ

ผู้รับผลประโยชน์

ทายาทตามกฎหมาย  อื่นๆ



บุตรคนที่ 2

กรอก รายละเอียดข้อมูล "บุตรคนที่ 2" ให้ครบถ้วน

ข้อมูลส่วนตัว

อีเมล  เบอร์โทร

เลขบัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง

ชื่อจริง (English)   นามสกุล (English)

วัน / เดือน / ปีเกิด

ที่อยู่ (English)

ที่อยู่ตามผู้เอาประกันภัยที่ 1  อื่นๆ

ผู้รับผลประโยชน์

ทายาทตามกฎหมาย  อื่นๆ



## ตรวจสอบสรุปข้อมูลการทำประกันภัย ก่อนดำเนินการชำระเงิน

ข้อมูลทั่วไป

**วัตถุประสงค์การเดินทาง**

ท่องเที่ยว
  การศึกษา  
 ธุรกิจ
  อื่นๆ

**ที่อยู่ในการจัดส่งกรมธรรม์**

ตามที่อยู่ด้านบน  
 ที่อยู่อื่น

**วิธีการรับกรมธรรม์**

รับกรมธรรม์เฉพาะทางอีเมล  
 รับกรมธรรม์ทางอีเมลและไปรษณีย์ (\*ไปรษณีย์จะถูกจัดส่งภายใน 7-14 วันทำการ)

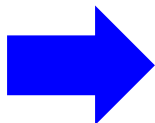
**นโยบายการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อบริษัท**

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยและตัวแทนของผู้ขอเอาประกันภัยรายอื่น ("ผู้เอาประกันภัย") ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัย ผ่านช่องทางต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิ

ยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไข

**ต่อไป**

เลือก ช่องทางการรับใบเสร็จ และกรมธรรม์



ระบุข้อมูล
  เลือกพื้นที่บอก
  สมควร
  4 สรุปและชำระ

**ข้อมูลผู้เอาประกัน** แก้ไข

ชื่อผู้เอาประกันภัย	MR. TEST SYSTEM
วัน/เดือน/ปีเกิด	10/02/1970
เลขบัตรประชาชน	XXXXXXXXXXXXXX
เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้เอาประกัน	111 BANGNA BANGNA, BANGKOK 10260
ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ	111 BANGNA BANGNA, BANGKOK 10260

**อีเมลสำหรับจัดส่งเอกสาร** แก้ไข

siriwatu@dhipaya.co.th

**ข้อมูลผู้ร่วมเดินทางคนที่ 1 (คู่สมรส)**

ชื่อผู้เอาประกันภัย	MISS TESTTY SYSTEM
วัน/เดือน/ปีเกิด	10/11/1972
เลขบัตรประชาชน	XXXXXXXXXXXXXX
เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้ร่วมเดินทาง	111 BANGNA BANGNA, BANGKOK 10260

คลิกยอมรับเงื่อนไขและข้อตกลง และ กดต่อไป



## ตรวจสอบสรุปข้อมูลการรับประกันภัย ก่อนดำเนินการชำระเงิน

### ข้อมูลผู้ร่วมเดินทางคนที่ 2 (บุตร)

ชื่อผู้เอาประกันภัย	MR. ONE SYSTEM
วัน/เดือน/ปีเกิด	09/09/2016
เลขบัตรประชาชน	XXXXXXXXXXXXXX
เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้ร่วมเดินทาง	111 BANGNA BANGNA, BANGKOK 10260

### ข้อมูลผู้ร่วมเดินทางคนที่ 3 (บุตร)

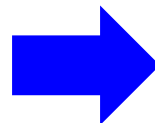
ชื่อผู้เอาประกันภัย	MR. TWO SYSTEM
วัน/เดือน/ปีเกิด	06/04/2019
เลขบัตรประชาชน	XXXXXXXXXXXXXX
เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้ร่วมเดินทาง	111 BANGNA BANGNA, BANGKOK 10260

### รายละเอียดกรมธรรม์


จุดหมายปลายทาง	SCHENGEN, JAPAN, KOREA	เดินทางไป	06/11/2021
เดินทางกลับ	17/11/2021	จำนวนวัน	12 วัน
รูปแบบการเดินทาง	FAMILY	จำนวนผู้เดินทาง	4 คน
แผนการเดินทาง	Platinum สำหรับลูกค้า LH Bank		


### ราคาเบี้ยประกันรวม


**5,435.55 บาท**




### ช่องทางการชำระเงิน ?

  
**บัตรเครดิต / เดบิต**

  
 เงินสด

  
 Scan to Pay

  
 ShopeePay

หมายเหตุ : กรณีวันเริ่มคุ้มครองวันเดียวกันกับวันที่ทำการสั่งซื้อ จะชำระเงินได้แค่ช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต เท่านั้น

---

### ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกัน


ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกันการเดินทาง ผ่านเว็บไซต์

ชำระเงิน







ช่องทางชำระเงิน <sup>?</sup>




บัตรเครดิต / เดบิต



QR Code



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร  
ชำระผ่านช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต

**2c2p** ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ

---

ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ


**Dhipaya Insurance Public Company Limited**

รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX  
หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105OX077759  
จำนวน: 150.00 THB

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com>

---

ชำระผ่านบัตรเครดิต/เดบิต

บัตรที่รับชำระ: 





หมายเลขบัตร\*  ชื่อผู้ถือบัตร\*

วันหมดอายุบัตร   CVV/CVV2  [CVV/CVV2 คืออะไร?](#)


THAILAND  AEON

Email address (Optional)

Or จ่ายด้วย :

- 
- 
- 
- 

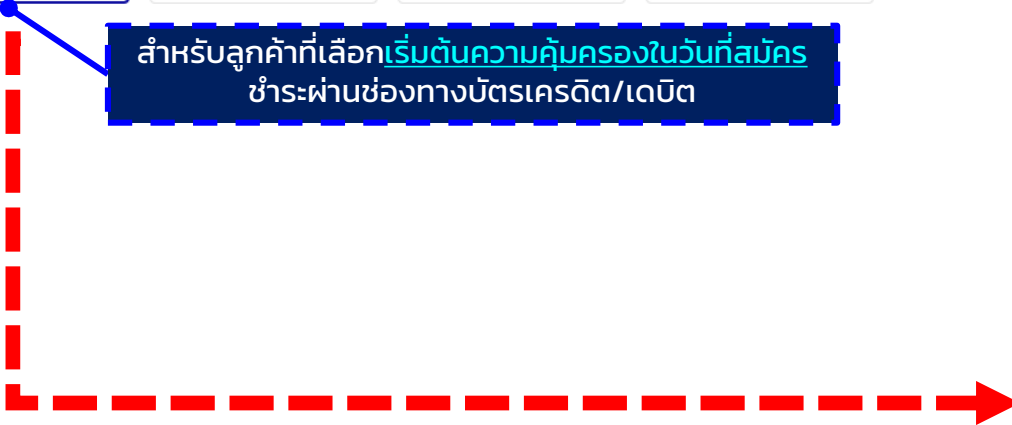
© 2021 2C2P Pte. Ltd. สงวนลิขสิทธิ์



กรอกข้อมูลบัตรเครดิต/บัตรเดบิต

หรือ เลือกชำระผ่านช่องทางอื่นๆ

คลิกเพื่อทำรายการต่อไป



## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



บัตรเครดิต / เดบิต



QR Code




Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันถัดไป  
ชำระผ่านช่องทางเคาน์เตอร์



ภาษาไทย

---

ท่านกำลังชำระค่าสินค้าและบริการให้กับ

### Dhipaya Insurance Public Company Limited (multicurrency)

รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX

หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105LX000040

จำนวน: 250.00 THB

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพหลโยธิน แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com/multicurrency>

เลือกธนาคารที่ต้องการชำระ

ชำระผ่านเคาน์เตอร์

ชำระผ่านธนาคาร

โปรดเลือกธนาคาร

ธนาคารกสิกรไทย

SCB ไทยพาณิชย์

Bangkok Bank ธนาคารกรุงเทพ

ธนาคารกรุงไทย

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา

TMB

SUNAMULBANK

UOB

ลูกค้าดำเนินการถ่ายรูปใบ pay-in หรือ พิมพ์เอกสาร ใบ Pay-in เพื่อนำไปชำระที่ธนาคารที่

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

Payment Code (Ref.1)

**4192626796**

Amount (THB)

**XXX.XX**

\*Please pay before 11/05/2021 17:33:09



QR Code

Mobile No. (Ref.2) 0646394963



Return to Merchant
View Instructions
Print

## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



บัตรเครดิต / เดบิต



เคาน์เตอร์




Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือก **เริ่มต้นความคุ้มครองในวันถัดไป**  
ชำระผ่านช่องทางเคาน์เตอร์



ภาษาไทย

---

ชื่อนำหน้า

ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ

### Dhipaya Insurance Public Company Limited

รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX

หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105DD077741

จำนวน: 150.00 THB

เลขที่ 1115 ถนน พระราม 3 ตำบล/แขวง ซองบงศรี อำเภอ/เขต ยานนาวา จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10120

เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com>

**เลือกชื่อตัวแทนที่ต้องการชำระ:**

ชำระผ่านเคาน์เตอร์    ชำระผ่านธนาคาร

โปรดเลือกชื่อตัวแทน

C

บุญรอด

cong pay

A

Pay@Post

TESCO Lotus

true money

ลูกค้าดำเนินการถ่ายรูปใบ pay-in หรือ พิมพ์เอกสาร ใบ Pay-in เพื่อนำไปชำระที่ตัวแทนที่เลือก

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED


Payment Code (Ref.1) <sup>?</sup>

4192626796


Amount (THB) <sup>?</sup>

XXX.XX

\*Please pay before 11/05/2021 17:33:00



Mobile No. (Ref.2) <sup>?</sup> 0646394963



Return to Merchant
View Instructions
Print

## ช่องทางการชำระเงิน เคา์นเตอร์ มีค่าธรรมเนียม ขึ้นอยู่กับช่องทางที่ลูกค้าเลือก (ตัวอย่างค่าธรรมเนียมตามภาพด้านล่าง)

 Bangkok Bank (SERV CODE PAYSERVI)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

 Siam Commercial Bank (COMP CODE 2616)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht


 Bank of Ayutthaya (COMP CODE 91230)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

            Cenpay (7 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Tesco Lotus (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Pay@post (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Boonterm (10 Baht.)\* Max Limit: 1,500 Baht

 Kasikorn Bank (COMP CODE 35204/ATM Only 98001)(10/25 Baht)\*Max Limit: 2,000,000 Baht

 Krungthai Bank (COMP CODE 2028)(10/25 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

 GSB ,ATM (10 Baht)\* Internet Banking and Mymo Mobile Banking (0 Baht)

 Big C bill payment @ Cashier (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 mPay (15 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

  True Money Express and True Money Wallet (15 Baht)\* Max Limit: 30,000 Baht

 BangkokPay (10 Baht)\* Max Limit: 10,000 Baht



## ช่องทางการชำระเงิน ⑦



สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร  
ชำระ Scan to Pay

### วิธีชำระเงินช่องทาง Scan to Pay

1. ลูกค้าแคปหน้าจอ QR Code เพื่อนำไปชำระที่แอปพลิเคชันของธนาคาร สามารถชำระได้ทุกธนาคารที่บริการ prompt pay
2. กรณีลูกค้าออกจากหน้าดังกล่าว ไม่มีผลอะไร เพียงเก็บหลักฐานการชำระเงินไว้ จนกว่าจะได้รับเอกสารกรมธรรม์

**2c2p**

Merchant: Dhipaya Insurance Public Company Limited  
Amount: THB XXX.XX

Please scan the QR code using ThaiQR app to continue payment.  
โปรดสแกน QR จ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที เหลือเวลา 09:58  
กรุณาย้ำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ



ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code  
เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที  
กรุณาย้ำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงิน  
สำเร็จ

## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



สำหรับลูกค้าที่เลือก **เริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร** ชำระผ่าน ShopeePay

**วิธีชำระเงินช่องทาง ShopeePay**  
1. ลูกค้าแคปหน้าจอ QR Code เพื่อนำไปชำระที่แอปพลิเคชัน ShopeePay (ตัวอย่างหน้าถัดไป)



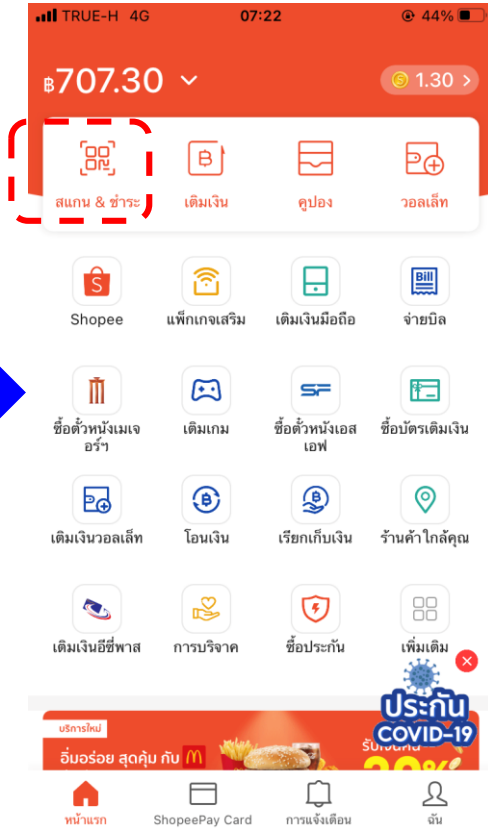
ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที กรุณาอย่าปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ



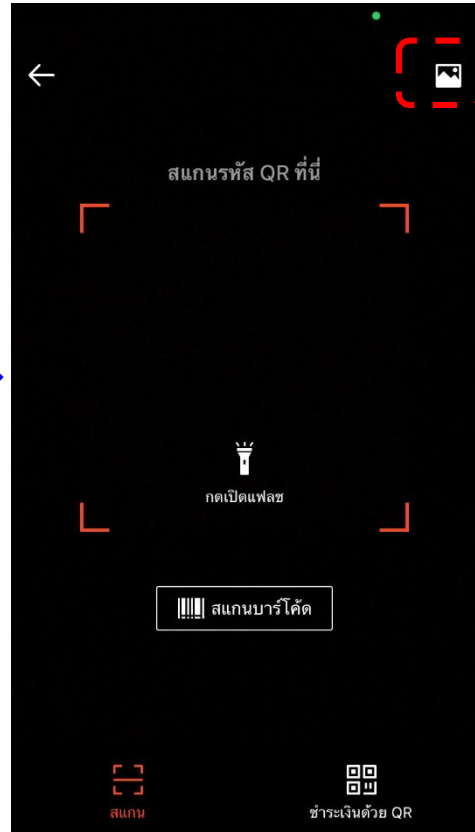
เลือกแอปพลิเคชัน  
Shopeepay ในมือถือ



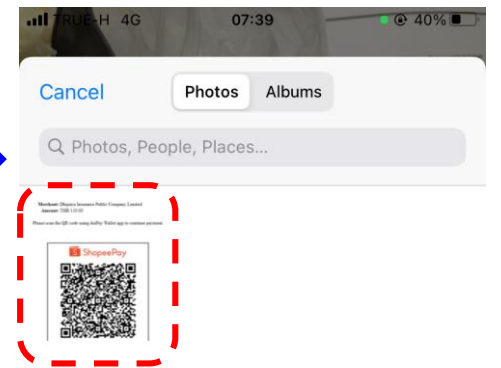
เลือกสแกน & ชำระ



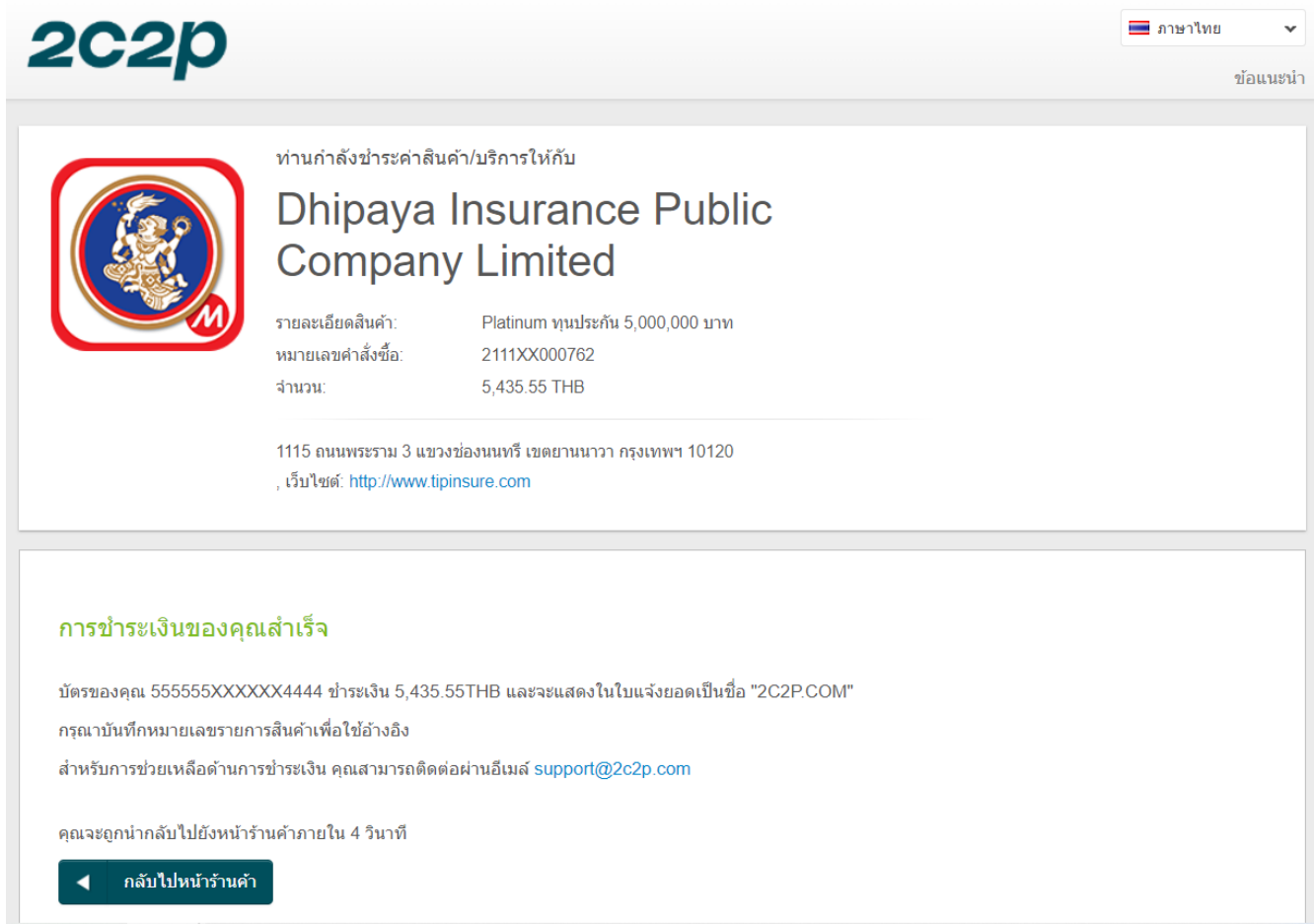
เลือกอัลบั้มรูปภาพ



เลือกรูป QR Code ที่ได้แคปไว้



หน้าจอแสดงการชำระเงินสำเร็จ



2C2P ภาษาไทย

หน้าจอนำ

ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ  
**Dhipaya Insurance Public Company Limited**

รายละเอียดสินค้า: Platinum ทุนประกัน 5,000,000 บาท  
หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2111XX000762  
จำนวน: 5,435.55 THB

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com>

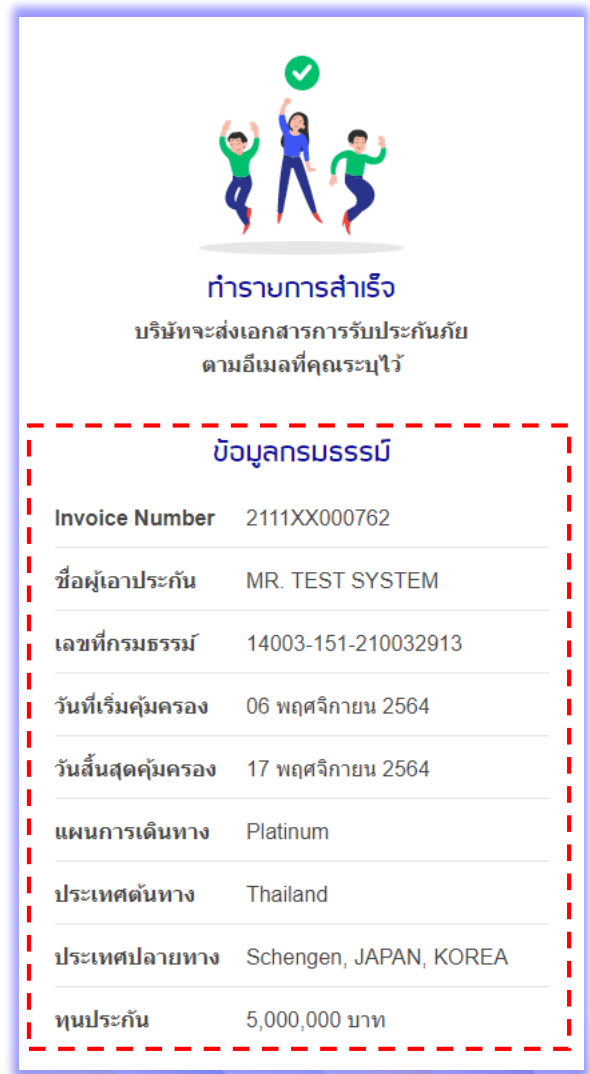
**การชำระเงินของคุณสำเร็จ**

บัตรของคุณ 55555XXXXX4444 ชำระเงิน 5,435.55THB และจะแสดงในใบแจ้งยอดเป็นชื่อ "2C2P.COM"  
กรุณามั่นใจหมายเลขรายการสินค้าเพื่อใช้อ้างอิง  
สำหรับการช่วยเหลือด้านการชำระเงิน คุณสามารถติดต่อผ่านอีเมล [support@2c2p.com](mailto:support@2c2p.com)

คุณจะถูกนำกลับไปยังหน้าร้านค้าภายใน 4 วินาที

← [กลับไปหน้าร้านค้า](#)

หน้าจอแสดงทำรายการสำเร็จ พร้อมข้อมูลกรมธรรม์

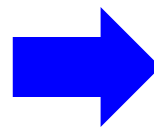


ทำรายการสำเร็จ

บริษัทจะส่งเอกสารการรับประกันภัยตามอีเมลที่คุณระบุไว้

**ข้อมูลกรมธรรม์**

Invoice Number	2111XX000762
ชื่อผู้เอาประกัน	MR. TEST SYSTEM
เลขที่กรมธรรม์	14003-151-210032913
วันที่เริ่มคุ้มครอง	06 พฤศจิกายน 2564
วันสิ้นสุดคุ้มครอง	17 พฤศจิกายน 2564
แผนการเดินทาง	Platinum
ประเทศต้นทาง	Thailand
ประเทศปลายทาง	Schengen, JAPAN, KOREA
ทุนประกัน	5,000,000 บาท





ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ Mail ทั้งหมด 3 mail ดังนี้  
 ครั้งที่ 1 ยืนยันการชำระเงินสำเร็จ และ ไฟล์แนบกรมธรรม์  
 ครั้งที่ 2 ยืนยันการเป็นเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย  
 ครั้งที่ 3 ขอบคุนที่ให้ความไว้วางใจ บมจ.ทิพยประกันภัย และ เอกสารใบเสร็จ

ยืนยันการชำระเงินสำเร็จ รายการหมายเลข :: 2111XX000762 (ทดสอบ) Affinity Program.


✖ ลบ    ◀️ กลับ

Dhipaya Tipinsure.com <no-reply@dhipaya.co.th>  
ส. 6/11/2021 13:23

ถึง: Siriwat Umpornpipat (Financial Institution Business):

📎 สิ่งที่มา 1 รายการ

2111XX000762.pdf



## การชำระเงินเรียบร้อยแล้ว

### กรมธรรม์ของคุณแนบมากับอีเมลนี้

รายละเอียดการสั่งซื้อประกัน

ชื่อผู้เอาประกัน
TEST SYSTEM

Home Tools 2111XX000762.pdf x

1 / 12

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

Stamp Duty Paid

ตารางกรมธรรม์ชนิด THE SCHEDULE (รายละเอียดการสมัครประกันภัย (Online))

ชื่อย่อบริษัท	DHP	กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางไปทั่วโลก	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ : 14003-151-210032013
Company Code	(International Travel Sure Insurance)	Policy No.	
ประเภท Type	<input checked="" type="checkbox"/> รายเที่ยว Single trip	<input type="checkbox"/> รายปี Annual Multi-trip	
1. ผู้เอาประกันภัย : ชื่อ-สกุล และชื่อในโทรศัพท์		เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/เลขหนังสือเดินทาง :	
7th Name : ชื่อ-นามสกุล และ 7th Address No.		ID No./Alien number/Passport No.	
MR. TEST SYSTEM, 62-239-2023		8th : Age	
HOUSE NO. 111 BANCHA, BANCHA BANGKOK 10260			
2. ผู้ขึ้นประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล และชื่ออยู่ 7th Residence: Name and Address		ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย	
AS PER ATTACHED LIST		Relationship to the Insured	
3. รายละเอียดผู้ได้รับความคุ้มครอง : Covered persons & details			
ลำดับ No.	ชื่อ-นามสกุล Covered person's name	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน Identity Card Number	อายุ Age
			ที่ถือ Holder
			อายุ Age
			ชื่อผู้ขึ้นประกันภัย Insured's name
			ความสัมพันธ์ Relationship to the Insured
AS PER ATTACHED LIST			
4. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง : <input checked="" type="checkbox"/> พักเที่ยว <input type="checkbox"/> ธุรกิจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ			
Objective of business: Leisure Business Other (Please specify)			
5. เส้นทางการเดินทาง : KOREA, JAPAN, SINGAPORE			
Route			
6. จำนวนผู้ได้รับความคุ้มครอง : AS PER ATTACHED LIST			
Number of Insured			
ระยะเวลาประกันภัย Period of Insurance	12 วัน Days	06/11/2021 เวลา 00:01 น. at	สิ้นสุดวันที่ 17/11/2021 เวลา 24:00 น. at
จำนวนค่าความคุ้มครอง Sum of Insured	100,000,000 บาท Baht	จำนวนเงินส่วนลด Sum Insured (Baht)	ค่าเบี้ยต่อวัน Deductible (Baht or day)
			เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)
AS PER ATTACHED LIST			
เบี้ยประกันภัยส่วนเกิน Additional Premium			
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium discount			
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium			
ค่าธรรมเนียม Stamp			
ภาษี TAX			
เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium			
5,435.55			
<input checked="" type="checkbox"/> ประกันภัยโดยกรม <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัย			

ตัวอย่าง หน้าตาราง  
กรมธรรม์ E-Policy

THIS IS TEST POLICY

## ช่องทางการเคลม

กรณีเรียกร้องค่าสินไหม สอบถามรายละเอียด หรือจัดส่งเอกสาร สามารถติดต่อได้ตามช่องทางด้านล่าง

1. Hotline คำนรรักษาพยาบาลสุขภาพและอุบัติเหตุ (บัตรประกัน) 24 ชั่วโมง : ระบุในบัตรประกัน
2. TIP Flash Claim
3. สินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล : โทร. 02-239-2840 (ในเวลาทำการ 8.30 - 16.30)
4. Email: [claim\\_ah@dhipaya.co.th](mailto:claim_ah@dhipaya.co.th)
5. ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีคำรักษาพยาบาล

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการคำรักษาพยาบาล (กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวม ควรมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้าจบประกอบ)
3. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่เข้ารับการรักษาหรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล สาเหตุ อาการ บริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน (กรณีกลับมารักษาตัวในประเทศไทย ขอให้แพทย์ระบุวันที่เริ่มมีอาการหรือวันที่เกิดอุบัติเหตุให้ชัดเจน)
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีการสูญเสียบหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. เอกสารรับรองความสูญเสียบหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น (Property Irregularity Report) จากฝ่ายบริหารโรงแรม, ฝ่ายบริหารของบริษัทผู้ขนส่งหรือสายการบิน กรณีการสูญเสียบหรือความเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรม, บริษัทผู้ขนส่งหรือสายการบิน
3. บันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่ที่เกิดเหตุ กรณีการสูญเสียบหรือความเสียหายเกิดจากการขู่ขังหรือบังคับในลักษณะรุนแรง (ภาษาอังกฤษหรือแปลเป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ)
4. รายการและรายละเอียด รุ่น ยี่ห้อ ขนาด อายุการใช้งาน และราคาของทรัพย์สินที่สูญเสียบหรือเสียหาย
5. สำเนาใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการซื้อกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว (ถ้ามี)
6. รูปถ่ายของกระเป๋าเดินทาง หรือทรัพย์สินที่ได้รับความเสียหาย
7. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
8. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรณีประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีการล่าช้าของการเดินทาง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที 1 ถึง 3 โดยระบุเลขที่ไฟล์ทและข้อมูลสายการบิน เวลา Timeline ต่างๆโดยละเอียด
2. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
3. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย ที่แสดงเวลาการเดินทางจากกำหนดการเดิมและที่ได้เดินทางจริง
4. เอกสารยืนยันการล่าช้าจากสายการบิน หรือผู้ขนส่ง อธิบายสาเหตุของการล่าช้าที่ชัดเจน (Property Irregularity Report : PIR)
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทางก่อนออกเดินทางจากประเทศไทย

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที 1 ถึง 3
2. ใบรับรองแพทย์ หรือใบมรณบัตร กรณีที่ต้องการยกเลิกเดินทาง เนื่องจากการเสียชีวิต / การบาดเจ็บสาหัสหรือเจ็บป่วยหนักของผู้เอาประกันภัย หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ของค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบอกเลิกการเดินทาง (อาทิ ค่าตั๋วเครื่องบิน ค่าที่พักที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปล่วงหน้า) หรือใบแจ้งหนี้ค่าปรับที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระเพิ่มเติม หรือหลักฐานการขอคืนเงินทุกรายการ
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย (ที่ทำรายการจองไว้ล่วงหน้า)
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที 1 ถึง 3 ระบุวันเวลาที่เดินทางถึงจุดหมายปลายทาง และวันเวลาที่ได้รับกระเป๋าเดินทางจากสายการบิน
2. เอกสารยืนยันการล่าช้าจากผู้ขนส่ง (Property Irregularity Report : PIR)
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการซื้อเสื้อผ้าหรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็น (ระบุรายการสินค้าในใบเสร็จทุกรายการให้ชัดเจน)
4. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
5. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีเอกสารการเดินทางสูญหาย

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. บันทึกรประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ (ภาษาอังกฤษ หรือกรณีภาษาอื่นต้องแปลเป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ)
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ค่าใช้จ่ายในการขอเอกสารการเดินทางชั่วคราวที่สถานทูตในต่างประเทศ และค่าใช้จ่ายต่างๆ ระหว่างดำเนินการเพื่อขอรับเอกสารการเดินทางใหม่ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ที่ต้องจ่ายเพิ่ม
4. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ในการขอออกหนังสือเดินทางฉบับใหม่ในประเทศ
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
6. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีการจี้เครื่องบิน

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. เอกสารยืนยันเหตุการณ์จากสายการบินหรือท่าอากาศยานที่ระบุสาเหตุและระยะเวลาของการถูกจี้เครื่องบิน
3. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. ใบรายงานความเห็นแพทย์กรณีประเมินทุพพลภาพ (A04)
3. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาตั๋วเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย
6. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)
7. ใบแสดงความเห็นของแพทย์ กรณีประเมินสูญเสียสายตา (A05)

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

### # กรณีความรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ
3. ใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีทำให้ผู้อื่นเสียชีวิต หรือบาดเจ็บ
4. ใบเสร็จรับเงินค่าซ่อมแซม หรือใบเสร็จรับเงินและจดหมายยืนยันจากทางร้านค้าในกรณีที่จำเป็นต้องซื้อของชิ้นนั้นๆ เนื่องจากทำให้ของชิ้นนั้นเสียหาย
5. หมายศาล หรือคำสั่ง หรือคำบังคับของศาล (ถ้ามี)
6. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
7. รูปถ่ายและหลักฐานแสดงความสุขเสียหายหรือเสียหายที่เกิดแก่บุคคลภายนอก
8. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

### # กรณีเสียชีวิต

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้าที่ 1 ถึง 3
2. สำเนาใบมรณบัตร
3. สำเนารายงานชั้นสูตรพลิกศพ รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
4. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย " ตาย "
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
8. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาตั๋วเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกัน
10. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย
11. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)


### ### หมายเหตุ:

1. กรณีการเรียกร้องค่าสินไหมตามผลประโยชน์อื่นๆในกรมธรรม์ กรุณาตรวจสอบรายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมจากรายละเอียดในกรมธรรม์
2. ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และ เอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น
3. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 7-10 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน
4. กรณีเอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมเป็นใบเสร็จรับเงิน ต้องใช้ต้นฉบับเท่านั้น
5. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ กรุณาเตรียมเอกสารเพิ่มเติมประกอบชุดเคลม ดังนี้
  - สำเนาสูติบัตร
  - สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์
  - สำเนาบัตรประชาชน ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์

เมื่อท่านระบุแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน และจัดเตรียมเอกสารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว  
กรุณาจัดส่งชุดเอกสารต้นฉบับโดยไปรษณีย์ลงทะเบียนหรือ EMS มาที่  
ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15  
บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

หากท่านมีข้อสงสัย หรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อส่วนสินไหมด้านสุขภาพ (A&H Claim)  
ในวันเวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 -16.30 น. โทร.02-239-2200  
หรือ ID line : @tip\_claimpa  
หรือ E-mail : claim\_ah@dhipaya.co.th

## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1)



**A01-1**  
ห่วงใยทุกวินาที

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Travel Insurance Claim Form)**

**1. รายละเอียดกรมธรรม์ (Policy)**

1.1 เลขที่กรมธรรม์ (Policy no.) \_\_\_\_\_

**2. รายละเอียดผู้ประกันภัย (Insured Person Details)**

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย (Name of Insured) \_\_\_\_\_ อายุ (Age) \_\_\_\_\_

2.2 ที่อยู่ (Address) \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ (Telephone no.) \_\_\_\_\_ อีเมล (Email Address) \_\_\_\_\_

**3. รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)**

3.1 วันที่เกิดเหตุ (Date) \_\_\_\_\_ เวลา (Time) \_\_\_\_\_ สถานที่ (Place) \_\_\_\_\_

3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the Incident occurred) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ความสูญเสียหรือเสียหายใดบ้างที่ได้รับชดเชยแล้วหรือไม่ (This loss has not been compensated from other companies or other parties) \_\_\_\_\_

ได้รับ การชดเชยจากหน่วยงานอื่น (has been compensated from other companies or other parties) \_\_\_\_\_

ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด (Please specify the name of the company) \_\_\_\_\_

เป็นจำนวนเงิน (Amount of compensation) \_\_\_\_\_ บาท (Baht) .

**4. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim)**

4.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน (Amount Claim) \_\_\_\_\_ บาท (Baht) หรือระบุมูลค่าเงินที่ชดเชยซึ่งรายการดังต่อไปนี้ (Please tick in the box the type of benefits you are claiming):

กรณีค่ารักษาพยาบาล (Medical expenses)


ในประเทศไทย (in Thailand)

ต่างประเทศ (Abroad)

กรณีการสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และทรัพย์สินส่วนตัว (Damage/ Loss of baggage and personal effect)

**กรุณาระบุรายละเอียดความเสียหายในเอกสารหน้า 2 Please describe the detail of item damaged/lost in page no. 2**

หน้า **1** จาก **3**



**A01-1**  
ห่วงใยทุกวินาที

กรณีการล่าช้าในการเดินทาง (Travel delay) กรุณาระบุเวลาเดินทางจากหมายกำหนดการเดินทาง และ เวลาที่เดินทางจริง

**กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)**  
Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**เดินทางจริง (New Schedule)**  
Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)**  
Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**เดินทางจริง (New Schedule)**  
Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)**  
Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

**เดินทางจริง (New Schedule)**  
Flight no. \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Departure date and time \_\_\_\_\_ Arrival date and time \_\_\_\_\_

กรณีการเลื่อนหรือยกเลิกการเดินทาง ก่อนขึ้นเครื่องบิน (Trip cancellation)

กรณีการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage delayed)

กรณีความคุ้มครองเอกสารเดินทาง (Loss of travel document)

กรณีเสียชีวิต การสูญเสียวัวะ ชาติตา หรือทุพพลภาพชั่วคราวหรือถาวร (Loss of life, dismemberment (hand, foot), loss of sight or total permanent disability while traveling)

กรณีการจี้โดยขโมย (Hijacking)

กรณีความรับผิดชอบจากบุคคลภายนอก (Third Party Liability)

กรณีอื่นๆ (Others).....

รายการสูญหาย / เสียหาย (ชื่อรุ่น/ขนาด/วัสดุ) Item damaged/lost (brand/model/size/material)	วันที่ซื้อ Date of Purchase	ราคา Price
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

อื่นๆ โปรดระบุ (Other claiming, please describe) \_\_\_\_\_


กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์แก่บิดา/ มารดา

โดยข้าพเจ้าขอไว้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมทดแทน

In case of the insured is minor the company would make the claim payment to parents.

I would like the company make claim payment to \_\_\_\_\_

หน้า **2** จาก **3**



**A01-1**  
ห่วงใยทุกวินาที

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้ใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อหรือยื่นเรื่องถึงกรมการประกันภัย การได้รับบาดเจ็บ ประสิทธิภาพการแพทย์ของข้าพเจ้า อันถึง ส่วนรูปถ่ายของหรือเลือดของข้าพเจ้าให้ถือว่ามอบให้ใช้เช่นเดียวกับฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือบิดเบือนเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บัตรเขียนหรือปลอมงานจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือยึดถือสินไหมใดๆ ตามที่ข้าพเจ้าได้บันทึก

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation prescriptions and treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. Company have right to refuse or refund any claim from insured if Company found that Statements in this report are not true, fraud, or hide important information.

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_ วันที่ (Date) \_\_\_\_\_

ผู้แจ้ง (Claimant) / ผู้เอาประกันภัย (Insured name)

**จำนวนจุดที่ติดต่อหรือแจ้งข้อเป็นขอชดเชย**

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ฝ่ายสินไหมประกันชีวิตสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1115 ถนนพระราม 3 แขวงจอมพลวชิร พญาเกล้าฯ ถนน 10120

โทร 02-239-2200

E-Mail: claim\_ab@dhipaya.co.th

(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 - 16.30 น.)

**Contact information**

Dhipaya Insurance Public Company Limited

A&H Claim Department

1115 Rama III road, Chong Nonsi, Yamnawa, BKK,

10120 Tel: +66 2 239 2200

E-Mail: claim\_ab@dhipaya.co.th

(Mon - Fri from 8.30 - 16.30)

หน้า **3** จาก **3**



## บมจ. ทิพยประกันภัย

**Call Center : 1736**

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี

เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

**กรณีเร่งด่วนสำหรับปัญหาช่องทางชำระเงิน ติดต่อ**

คุณศิริวัตร : 0 2239 2023 หรือ 0 65 728 3088

คุณวิจิตรา : 0 2239 2041 หรือ 0 85 661 5935

คุณจารุวรรณ : 0 2118 4333

**บมจ. ธนาคารแลนด์ แอนด์ เฮาส์**

**Call Center : 1327**



