



บริษัท ไทยเซตาκιประกันภัย จำกัด (มหาชน)
THE THAI SETAKI INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
87 อาคารเอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่นเพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิภาวดี แยกจตุรทิศ 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 รายละเอียดของตัวการแสดงและลักษณะการเกิดเหตุ (Ticket & Loss detail)		
รายละเอียดตัว Ticket	วันที่ซื้อตัว/Buying Date	ช่องทางการซื้อตัว/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	☐ กรณีการบาดเจ็บ/การเจ็บป่วยรุนแรง/การถูกกักโรค (Serious injury / sickness/Compulsory Quarantine) ☐ กรณีการเสียชีวิต/บาดเจ็บสาหัส/เจ็บป่วยรุนแรง/การถูกกักโรคของสมาชิกในครอบครัว (Death/Serious injury /sickness/ Compulsory Quarantine of a family member) ☐ กรณีความเสียหายต่อที่อยู่อาศัย (Housing damage) ☐ กรณีเป็นพยานในชั้นศาล (To be a witness in court) ☐ กรณีอุบัติเหตุรถยนต์ (Get into car accident) ☐ กรณีเรียกบริการฉุกเฉินของรถยนต์ (Get emergency car service) ☐ กรณีเดินทางไปทำงานตามคำสั่ง (Travel for work) ☐ กรณีน้ำท่วม ลมพายุ ฝุ่น และแผ่นดินไหว (Flood, Windstorm, Typhoon and Earthquake) ☐ กรณีสอบวัดผลสถานศึกษา (Examination)	
ประเภทของความเสียหาย Type of loss		จำนวนเงิน Total claimed (THB)
ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจสอบ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การรักษา หรือการรักษ และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้อนุญาตให้นำข้อมูลของหนังสือยินยอมนี้ไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ / 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. ลงชื่อผู้เรียกร้อง _____ วันที่ _____ Signature of claimant _____ Date _____		
บริษัท ไทยเซตาκιประกันภัย จำกัด (มหาชน): เลขที่ 87 อาคารเอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่นเพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิภาวดี แขวงจตุรทิศ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 1352 กด 2 Email: ticketprotect@tsi.co.th		