



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยไซเบอร์

กรณีของการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. การโจรกรรมเงินทางอินเทอร์เน็ต | <input type="checkbox"/> 4. การซื้อสินค้าทางอินเทอร์เน็ต |
| <input type="checkbox"/> 2. การกรรโชกทรัพย์ทางอินเทอร์เน็ต | <input type="checkbox"/> 5. การขายสินค้าทางอินเทอร์เน็ต |
| <input type="checkbox"/> 3. การกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

รายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ชื่อ-นามสกุล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ชาย หญิง น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

อาคาร เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

กรณีแจ้งเคลมข้อที่ 1-5 กรุณาระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัน/เดือน/ปีที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ ประเทศ

กรุณาระบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด

.....

.....

มีบุคคลอยู่ในสถานที่เกิดเหตุขณะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่

มี (โปรดระบุ)

ไม่มี โปรดระบุวัน และเวลาครั้งสุดท้ายที่มีบุคคลอยู่ ณ สถานที่ดังกล่าว

ได้มีการแจ้งความไว้กับสถานีตำรวจ (กรณีสูญหาย) เมื่อวันที่

รายการตามความเสียหาย/ผลกระทบที่เกิดขึ้น

.....

.....



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยไซเบอร์

รายการที่เรียกร้อง/รายละเอียดทรัพย์สินที่เสียหาย

1. วันที่ เป็นเงิน สกุลเงิน
2. วันที่ เป็นเงิน สกุลเงิน
3. วันที่ เป็นเงิน สกุลเงิน

ทรัพย์สินดังกล่าวได้มีการประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ไม่มี มี

บริษัท ประเภทกรรมกรรม
 กรรมกรรมประกันภัยเลขที่ จำนวนเงินที่เอาประกันภัยไว้ บาท

กรณีแจ้งเคลมข้อที่ 3 กรุณาระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัน/เดือน/ปีที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ ประเทศ

โรคประจำตัว โรงพยาบาลที่รักษาประจำ

สาเหตุของอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย

คำวินิจฉัยแพทย์/จิตแพทย์

วันที่รักษา โรงพยาบาล เป็นเงิน สกุลเงิน

การรับค่าสินไหมทดแทน

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน โดย

เช็ก จัดส่งที่

ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยไซเบอร์ดังกล่าวต่อบริษัทฯ

ข้าพเจ้านุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นที่ดูแลหรือตรวจอาการของข้าพเจ้าหรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ และทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การขอคำปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษา และสำเนาของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด

.....
 (.....)

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำแทน

..... / /

วัน/เดือน/ปี



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยไซเบอร์

เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยไซเบอร์ | <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารการติดต่อสื่อสารกับผู้ประกอบธุรกิจออนไลน์ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ ฉบับรับรองสำเนาถูกต้อง | <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงการสั่งซื้อและการชำระเงินให้กับผู้ประกอบธุรกิจออนไลน์ |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงรายงานการเดินบัญชี (Statement) จากสถาบันการเงิน หรือผู้ให้บริการที่ได้รับใบอนุญาตประกอบธุรกิจบริการเงินอิเล็กทรอนิกส์ | <input type="checkbox"/> รูปภาพหรือเอกสารแสดงรายละเอียดของสินค้าที่ผู้เอาประกันภัยสั่งซื้อกับผู้ประกอบธุรกิจออนไลน์ |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารที่สถาบันการเงิน หรือผู้ให้บริการที่ได้รับใบอนุญาตประกอบธุรกิจบริการเงินอิเล็กทรอนิกส์ แจ้งว่ามีการคืน หรือไม่คืนเงินจากเหตุการณ์ความเสียหายดังกล่าว | <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารการติดต่อสื่อสารกับผู้ซื้อสินค้าออนไลน์ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหมายศาลหรือคำสั่งหรือคำบังคับของศาล | <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงการสั่งซื้อและการจัดส่งสินค้าให้กับผู้ซื้อสินค้าออนไลน์ |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงรายการความสูญเสียหรือความเสียหายต่อเงินเรียกค่าไถ่ | <input type="checkbox"/> รูปภาพหรือเอกสารแสดงรายละเอียดของสินค้าที่ผู้เอาประกันภัยจัดส่งให้กับผู้ซื้อสินค้าออนไลน์ |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงรายการความสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น | <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงรายการความสูญเสียหรือความเสียหายต่อระบบบ้านอัจฉริยะของผู้เอาประกันภัย เนื่องจากภัยคุกคามทางอินเทอร์เน็ต |
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายในการกำจัดมัลแวร์ หรือการล้างข้อมูลที่เป็นอันตรายบนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายในการกำจัดมัลแวร์ หรือการล้างข้อมูลที่เป็นอันตรายต่อระบบบ้านอัจฉริยะของผู้เอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารที่นายจ้างของผู้เอาประกันภัยแจ้งว่าไม่มีการจ่ายค่าจ้างที่สูญเสียไป | <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงรายการความสูญเสียหรือความเสียหายของฮาร์ดแวร์บนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา | <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายในการเปลี่ยนฮาร์ดแวร์ของผู้เอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

ติดต่อฝ่ายสินไหมทดแทน โทร. 0 2285 8888 กด 3 และกด 6 /นอกเวลาทำการ โทร. 1620
บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120