



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยไซเบอร์

กรณีของการเรียกร้องสินไหมทดแทน

1. การโจรกรรมเงินทางอินเทอร์เน็ต  4. การซื้อสินค้าทางอินเทอร์เน็ต
2. การกรรโชกทรัพย์ทางอินเทอร์เน็ต  5. การขายสินค้าทางอินเทอร์เน็ต
3. การกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต  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**

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทนโดย

เช็ก จัดส่งที่ .....

ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ..... สาขา ..... ประเภทบัญชี  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยไซเบอร์ดังกล่าวต่อบริษัทฯ

ข้าพเจ้านุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือนุคคลอื่นที่ดูแลหรือตรวจอาการของข้าพเจ้าหรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ 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"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงรายการความสูญเสีย หรือความเสียหายต่อเงินเรียกค่าไถ่  | <input type="checkbox"/> รูปภาพหรือเอกสารแสดงรายละเอียดของสินค้าที่ผู้เอาประกันภัยจัดส่งให้กับผู้ซื้อสินค้าออนไลน์  |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานหรือเอกสารแสดงรายการความสูญเสีย หรือความเสียหายที่เกิดขึ้น   | <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