แบบฟอร์มการเรียกร้อง Ticket Protect
(ขอคืนค่าตั๋วการแสดง) 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**	☐ 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 ไต้ฝุ่น และแผ่นดินไหว (Flood, Windstorm, Typhoon and Earthquake) ☐ กรณีสอบวัดผลสถานศึกษา (Examination)	

รายละเอียดความเสียหายเพิ่มเติม / Additional loss details	จำนวนเงิน / Total claimed (THB)

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้อื่นใดซึ่งได้กระทำการตรวจสอบและรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
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 / Signature of claimant _____ วันที่ / Date _____