



บริษัท ژیโประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันการเดินทาง
02 080 9194 กด 3

Roojai Insurance Public Company Limited
44/1 Rungrojthanakul Building, 12th floor,
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Travel Insurance Claim Hotline
02 080 9194 press 3

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทาง Travel Insurance Claim Form

- กรุณารอบแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองในส่วนที่กำหนด
Please complete this Travel Insurance Claim Form in full and sign to certify in the designated places.
- แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะไม่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนได้
Please note that an incomplete Travel Insurance Claim Form cannot be processed for settlement of claim payment.
- กรุณาส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางที่สมบูรณ์พร้อมเอกสารต้นฉบับที่เกี่ยวข้องทั้งหมดไปที่ บริษัท ژیโประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Please send the completed Travel Insurance Claim Form with all original copies of supporting documents to Roojai Insurance Public Company Limited.

ส่วนที่ 1 รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (กรุณารอบข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) Section 1 Customer and travel details (Please complete all fields)

หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.	วันหมดอายุกรมธรรม์ Policy Expiry Date		
ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย Full name of the insured	อายุ Age	ปี (years)	วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง ID No./Passport No.	ประเทศที่อาศัย Country of residence		
ที่อยู่สำหรับติดต่อ Correspondence Address			
โทรศัพท์มือถือ Mobile No.	โทรศัพท์ที่ทำงาน Telephone Work No.	อีเมล Email Add.	
อาชีพ Occupation	สัญชาติ Nationality	เชื้อชาติ Race	
วันที่สำรองการเดินทาง Date the travel arrangements were booked	เที่ยวบิน Flight No.	ประเทศปลายทาง Overseas Destination	

รายละเอียดการเดินทาง / Trip details

วันที่ออกเดินทางจากประเทศไทย Date of departure from Thailand	เวลา Time	วันที่กลับมาถึงประเทศไทย Date of return to Thailand	เวลา Time
---	--------------	--	--------------

คุณเคยเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันการเดินทางมาก่อนหรือไม่
Have you made any previous travel insurance claims

☐

เคย
Yes

☐

ไม่เคย
No

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมทดแทนดังกล่าว (เช่น วันที่ จำนวนเงิน ประเภทของการเรียกร้องสินไหม บริษัทประกันภัยผู้สัญญา)
If yes, please provide exact details of claims (e.g. date, amount, type of claim and insurance company involved)

กรุณาระบุประเภทสินไหมทดแทนที่จะเรียกร้องภายใต้ความคุ้มครองกรมธรรม์ของคุณ (ทำเครื่องหมายเฉพาะข้อที่เกี่ยวข้อง) และกรอกรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมทดแทนในแบบฟอร์มส่วนที่ 2-7 เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง
Please specify the type of claim you wish to make under your policy (Tick the applicable item) and complete the claim details in Sections 2-7 of the form only in the parts relevant to your case.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ ค่ารักษาพยาบาล
Medical expenses | ☐ ความรับผิดส่วนแรกสำหรับรถเช่า
Rental vehicle excess | ☐ อุปกรณ์กอล์ฟ/อุปกรณ์กีฬา สูญหายหรือเสียหาย
Loss or damage to Golf equipment/Sport equipment |
| ☐ สัมภาระเสียหายหรือสูญหาย
Loss or damage to baggage or personal belongings | ☐ การยกเลิกหรือการตัดทอนการเดินทาง
Trip cancellation/curtailment | ☐ กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ
Accidental death |
| ☐ การเดินทางล่าช้า/พลาดการต่อเที่ยวบิน
Travel delay/missed connecting travel | ☐ สัมภาระล่าช้า
Baggage delay | ☐ การเรียกร้องค่าทดแทนอื่นๆ (โปรดระบุ)
Other expenses Please specify |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ
I certify that the details provided in this Travel Insurance Claim Form are true and correct in every respect

.....
ลงลายมือชื่อ/Signature

ผู้เอาประกันภัย (หากผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อแทน)
The Insured Person (If below 18 years old, please provide guardian's signature)

.....
วันที่/Date



บริษัท รูใจประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันการเดินทาง
02 080 9194 กด 3

Roojai Insurance Public Company Limited
44/1 Rungrojthanakul Building, 12th floor,
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Travel Insurance Claim Hotline
02 080 9194 press 3

ส่วนที่ 2 กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล Section 2 Medical expenses

1. วันที่เกิดอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งแรก วันที่ Date of accident or illness	เวลาที่เกิดเหตุ Time	สถานที่เกิดเหตุ Place of accident
2. รายละเอียดของการเกิดเหตุหรือเจ็บป่วย Description of accident/nature of illness		
3. คุณเคยได้รับการรักษาพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยอาการเดียวกันกับการรักษาครั้งนี้ หรือไม่ Have you ever received any treatment related to this illness/injury? ถ้าเคย กรุณาระบุโรงพยาบาล If yes, please specify hospital		☐ เคย Yes ☐ ไม่เคย No
4. การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือไม่ Is the illness/injury related to an accident ถ้า "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด If yes, please provide details		☐ ใช่ Yes ☐ ไม่ใช่ No
5. ชื่อแพทย์ผู้รักษา Name of doctor		
6. ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/คลินิก Name of hospital/clinic		
7. วันที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือวันที่ได้รับการรักษา Date of admission/treatment in hospital		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษา ข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ซึ่งรวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้า ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อบริษัท รูใจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามิได้บังคับใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ I certify that the details provided in this form are true and correct in every respect. I hereby authorise and consent to any hospital, doctor, or other person who has attended to me or any member of my family to furnish Roojai Insurance PCL. or its representatives with all information containing my personal data and sensitive data, including medical history, consultations, prescriptions, treatments, and copies of all hospital and medical records related to this claim. I agree that a photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. ผู้เอาประกันภัย (หากผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อแทน) ลงลายมือชื่อ/Signature The Insured Person (If the insured is below 18 years old, please provide guardian's signature) วันที่/Date		



บริษัท ژیไประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันภัยการเดินทาง
02 080 9194 กด 3

Roojai Insurance Public Company Limited
44/1 Rungrojthanakul Building, 12th floor,
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Travel Insurance Claim Hotline
02 080 9194 press 3

ใบรับรองแพทย์ กรอกข้อมูลโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา
Medical Certificate: Please ensure this section is fully completed by your Doctor.

เพื่อให้การเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลของคุณได้รับการจัดการอย่างรวดเร็ว โปรดตรวจสอบให้แพทย์ของคุณกรอกส่วนนี้อย่างครบถ้วน
For your medical expenses claims to be dealt with promptly, please ensure this section is fully completed by your doctor.

Patient's name		HN	AN
Is the illness/injury related to an accident? ☐ Yes ☐ No			
Please give the name and address of the referring physician (if any)			
What dates were you first consulted about this injury, illness or medical condition, or any other related condition?			
Please give your diagnosis of the injury, illness, or medical condition			
If the patient received treatment as a result of an accident, please give details of the cause of the accident			
Please give details of the treatment given or prescribed			
Please give a brief history of any other related condition including the dates of any previous consultations or treatments			
The patient's have any reason to believe that the same or any related medical condition has been diagnosed or treated previously by any other doctor or hospital? ☐ Yes ☐ No If 'Yes', please give details			
Please give a brief history of any other related condition including the dates of any previous consultations or treatments			
Please PRINT your name		Hospital's rubber stamp here	
Address			
Signature	Date		Licence No.
Telephone No.	Fax No.		E-mail



บริษัท รู้ใจประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์กุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันภัยการเดินทาง
02 080 9194 กด 3

Roojai Insurance Public Company Limited
44/1 Rungrojthanakul Building, 12th floor,
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Travel Insurance Claim Hotline
02 080 9194 press 3

ส่วนที่ 3 กรณีเรียกร้องสินไหมทดแทนจากการล่าช้าของเที่ยวบิน / การพลาดการต่อเที่ยวบิน
Section 3 Flight delay/Missed connecting flight

วันที่เกิดเหตุล่าช้า Date of delay	สายการบินที่ล่าช้า Delayed airlines
หมายเลขเที่ยวบิน Flight number	หมายเลขบัตรโดยสารขึ้นเครื่อง Boarding pass number
สาเหตุที่สายการบินเกิดความล่าช้า Reasons/causes of delay	
วันที่เที่ยวบินเดิมมีกำหนดออกเดินทาง Original flight scheduled date	เวลา Time
วันที่ออกเดินทางโดยเที่ยวบินถัดไป Next flight scheduled date	เวลา Time

ส่วนที่ 4 กรณีเรียกร้องความสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางและ/หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายในกระเป๋าเดินทาง / ความสูญหายหรือเสียหายของอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟ / ความสูญหายหรือเสียหายของอุปกรณ์กีฬา
Section 4 Loss or damage of baggage and/or person belongings claim / Loss or damage of golf equipment claim / Loss or damage of sport equipment claim

วันที่เกิดเหตุ Date	เวลา Time	สถานที่เกิดเหตุ Place of incident
รายละเอียดเหตุการณ์ Description of the incident		
กรุณาระบุสถานีตำรวจที่แจ้งความ Please specify the police station where the report was filed		บุคคลที่เป็นพยานเห็นเหตุการณ์ Witness(es)
ได้รับการชดเชยค่าเสียหายแล้วจาก Compensation for damages has already been received from		เป็นจำนวนเงิน Amount

กรุณาระบุรายละเอียด การสูญหายหรือความเสียหายของสิ่งของที่คุณต้องการเรียกร้อง คุณสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษและแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม
Please give details of the loss or damage you wish to claim. You may provide additional information on a separate sheet and attach it to this form.

รายละเอียดความสูญหายหรือเสียหาย (รวมถึงสถานที่เกิดเหตุ ถ้าเป็นเงินกรุณาระบุสกุลเงิน) Full description of loss/damage (Including the location; if monetary, please state the currency)	เจ้าของ Owner of item	ราคาที่ซื้อ (กรุณาระบุสกุลเงิน) Original price (Please state currency)	วันที่และสถานที่ซื้อ (กรุณาระบุว่าคุณไม่ได้เป็นเจ้าของ) Date and place of purchase (Please state if not owned by you)	วิธีการชำระเงิน (เช่น บัตรเครดิต) Payment method (e.g. credit card)	จำนวนเงินที่ เรียกร้องสินไหม (โปรดระบุสกุลเงิน) Amount claimed (Please state currency)



บริษัท รูใจประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันภัยการเดินทาง
02 080 9194 กด 3

Roojai Insurance Public Company Limited
44/1 Rungrojthanakul Building, 12th floor,
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Travel Insurance Claim Hotline
02 080 9194 press 3

ส่วนที่ 5. กรณีเรียกร้องการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง Section 5 Baggage delay claim

วันที่เกิดเหตุกระเป๋าล่าช้า Date of baggage delay		สายการบิน/เที่ยวบิน ที่เกิดเหตุ Airlines/Flights	
เครื่องบินถึงสนามบินวันที่ Arrival date	เวลา Time	ได้รับกระเป๋าวันที่ Date of baggage received	เวลา Time
ระยะเวลากระเป๋าล่าช้า Duration of the delay	สาเหตุที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า What was the reason given for the cause of the baggage delay?		

ส่วนที่ 6. กรณีเรียกร้องสินไหมการยกเลิกหรือตัดทอนการเดินทาง Section 6 Trip cancellation/curtailment claim

1. กรุณาระบุวันที่ที่คุณตัดสินใจได้รับแนะนำให้ยกเลิกการเดินทาง Please specify the date on which you either decided or were advised to cancel trip
2. กรุณาระบุวันที่ที่คุณแจ้งยกเลิกการเดินทางแก่บริษัทท่องเที่ยว Please specify the date on which you notified the travel agency of your trip cancellation.
3. กรุณาระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้คุณยกเลิกการเดินทาง Please provide clear details regarding the reason for your trip cancellation

ส่วนที่ 7. กรณีเรียกร้องค่าชดเชยอื่นๆ Section 7 Other Claims

เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี Other Claims for Reimbursement	
1. วัน เวลา สถานที่เกิดเหตุ Date, time, and place of the incident	
2. รายละเอียดการเกิดเหตุ Description of the incident	
3. ความเสียหายที่ได้รับ Description of loss/damage	
4. สถานที่แจ้งความ ที่สถานีตำรวจ Police station reported to	
5. บุคคลที่เป็นพยานเห็นเหตุการณ์ Witness(es)	
6. ได้รับการชดเชยค่าเสียหายแล้วจาก Compensation received from	เป็นจำนวนเงิน Compensation received from



บริษัท ไร้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์กุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันการเดินทาง
02 080 9194 กด 3

Roojai Insurance Public Company Limited
44/1 Rungrojthanakul Building, 12th floor,
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Travel Insurance Claim Hotline
02 080 9194 press 3

เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน / Document Required for Claim settlement

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของคุณ บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

Below is a list of minimum documentation required to process your claim. In certain circumstances, more information may be required to substantiate the claim.

ประเภทของความเสียหาย Type of loss/accident	เอกสารที่จำเป็น (กรุณาทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่แนบมา) Documents required (please tick against the documents you have submitted)
เอกสารประกอบทุกกรณี For all types of claim	☐ สำเนากรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (Copy of travel insurance policy) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยการเดินทางที่กรอกรายละเอียดสมบูรณ์ (Completed travel Insurance claim form) ☐ บัตรโดยสารขึ้นเครื่อง ตั๋วโดยสาร หรือหลักฐานอื่นที่แสดงเวลาการเดินทางไปและกลับ (Boarding pass, air tickets or other evidence showing the dates of departure and return) ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (Copy of the insured's identification card) ☐ สำเนาหนังสือเดินทาง /วีซ่า รวมถึงหน้าตราประทับตรวจคนเข้าเมือง (Copy of passport/visa including the immigration stamp page.) ☐ สำเนาสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม (Copy of bank book for transfer of the claim settlement) ☐ หลักฐานแสดงอำนาจปกครองผู้เยาว์ (กรณีกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) (Proof of Legal Guardianship (in case the insured person is a minor)
สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพ Loss of organ or disability	☐ ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอวัยวะที่สูญเสียไป (Copy of medical certificate specifying the lost organ)
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Death from an accident	☐ สำเนาใบมรณบัตร (Copy of death certificate) ☐ รายงานชันสูตรพลิกศพและสำเนาทะเบียนประจำวันของตำรวจ (Copy of autopsy report and police daily report) ☐ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ (Copy of the insured's or beneficiary's identification card and house registration)
ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses	☐ ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Original receipts and statement) ☐ ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ (Original medical certificate) ☐ สำเนาใบสั่งยา (Copy of drug prescription) ☐ สำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) (Copy of medical supporting documents (e.g. laboratory results, ultrasound and X-ray) if this action is taken)
ความล่าช้าในการเดินทาง Travel delay	☐ หนังสือยืนยันจากสายการบินหรือผู้ขนส่งระบุสาเหตุและระยะเวลาการเดินทางล่าช้า (Written confirmation from airlines or carriers on duration and reason(s) for delay)
การขาดการต่อเที่ยวบิน Missing flight connection	☐ หนังสือยืนยันจากสายการบินระบุสาเหตุและระยะเวลาการขาดการต่อเที่ยวบิน (Written confirmation from airlines on duration and reason(s) for delay)
การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง Baggage delay	☐ หนังสือยืนยันจากสายการบินหรือผู้ขนส่งระบุระยะเวลาที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า (Written confirmation from airlines or carriers on duration and reason(s) for delay)
ความสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางและ/ หรือทรัพย์สินส่วนตัวภายในกระเป๋าเดินทาง/เงินสดและเช็คเดินทาง Loss or damage of baggage/personal effects/personal money and travel cheque	☐ หนังสือยืนยันการสูญหายหรือเสียหายจากสายการบินหรือผู้ขนส่งหรือผู้จัดการโรงแรมระบุรายละเอียดการสูญหาย (Property irregularity report issued by airlines, carrier, hotel manager stating details of loss or damage and their expense) ☐ หนังสือรับรอง การชดเชยเสียหายที่เกิดขึ้น จากโรงแรมหรือบริษัทขนส่ง (Letter of compensation from the hotel/carrier) ☐ บันทึกประจำวันตำรวจประจำท้องที่เกิดเหตุ โดยระบุรายการของทรัพย์สินที่สูญหายหรือเสียหาย พร้อมทั้งระบุราคาของรายการนั้นๆ (Police daily report/ list of damage/lost item and their prices)
ผลประโยชน์ความคุ้มครองอุปกรณ์การเล่นกอล์ฟ Golf equipment coverage	☐ รูปถ่ายของทรัพย์สินที่เสียหาย (Photograph of damage) ☐ ใบเสร็จรับเงินของทรัพย์สินที่สูญหายหรือเสียหาย (Receipts for loss or damaged property)
ผลประโยชน์การสูญเสียหรือความเสียหายของอุปกรณ์กีฬา Sports equipment protection benefits	
ความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับรถเช่า Rental vehicle excess	☐ สำเนาทะเบียนประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ (A copy of the local police at the scene of the accident)

หมายเหตุ / Remark

- ทั้งนี้ บริษัทอาจเรียกร้องเอกสารอื่นๆ ตามความจำเป็น / Additional documents may be requested by the company if deemed necessary.
- กรุณาลงชื่อรับรองเอกสารสำเนาทุกฉบับ / Please sign to certify all copies.

กรุณานำส่งเอกสารมาที่

บริษัท ไร้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (ฝ่ายสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ)
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์กุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

Please submit the documents to

Roojai Insurance Public Limited Company (Accident and Health Claims Department)
44/1 Rungroj Thanakul Building, 12th Floor, Ratchadapisek Road,
Huai Khwang, Bangkok 10310.