



ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทั่วไป

โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรอกชื่อ - นามสกุล

VIP CUSTOMER

| | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| กรมธรรม์เลขที่ T - | <input type="text"/> | U - | <input type="text"/> |
| PA เดี่ยว P - | <input type="text"/> | M - | <input type="text"/> |
| PA กลุ่ม P - | <input type="text"/> | ประกันกลุ่ม (ถ้ามี) | <input type="text"/> |
| ลำดับที่ | <input type="text"/> | ใบรับรองเลขที่ | <input type="text"/> |

ชื่อหน่วย

รหัสหน่วย

เบอร์โทร สำนักงาน

รหัสสำนักงาน

อาคาร

ชื่อตัวแทน

รหัสตัวแทน

MDRT

ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่ ส่งบันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก

| ประเภทการเรียกร้องสินไหม | เอกสารที่นำส่ง โปรดเรียงลำดับดังนี้ |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ (โปรดระบุ) | <input checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน IPD | <input checked="" type="checkbox"/> ใบเสร็จต้นฉบับ.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD ที่คลินิก | <input type="checkbox"/> สำเนาใบเสร็จ.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD ที่โรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ใบสรุปค่าใช้จ่าย.....หน้า |
| <input checked="" type="checkbox"/> เจ็บป่วย (โปรดระบุ) | <input checked="" type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์.....หน้า |
| <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน IPD | <input type="checkbox"/> ใบมอบอำนาจและ/สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> Day Case | <input type="checkbox"/> กรมธรรม์.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD | <input type="checkbox"/> फिल्म X-Ray / CD.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> เคลมต่างประเทศ | <input type="checkbox"/> สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> บันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible Record) | <input type="checkbox"/> จดหมาย.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> ค่ารักษา และ/หรือ นอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต | <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> โรคร้ายแรง | <input type="checkbox"/> สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> ทูพผลกระทบารสินเชิง / ยกเว้นเบี้ยประกันภัย | <input type="checkbox"/> เช็ค.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ | <input type="checkbox"/> หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> อายุตัดเช็คลินไหม, เปลี่ยนเช็คลินไหม | <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุ)..... | <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์หน้า |
| <input checked="" type="checkbox"/> ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน กรณีขอเอกสารคืน | <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ / กระแสรายวัน.....หน้า (เพื่อขอรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร) |
| | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนที่มีบัญชีพร้อมเพย์.....หน้า |
| | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย

(สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ www.aia.co.th > บริการลูกค้า > ความปลอดภัย > แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม)

ชื่อผู้ส่งเอกสาร..... **ลงลายมือชื่อ**

วันที่ส่งเอกสาร..... **ระบุวันที่ส่งเอกสาร**

เอกสารที่จำเป็นแต่ละประเภทQR



| | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------|
| สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท | <input type="checkbox"/> Walk-In | <input type="checkbox"/> Mailing |
| ตรวจสอบเอกสารโดย..... | <input type="checkbox"/> ครบ | <input type="checkbox"/> ไม่ครบ |
| ลูกค้าระบุสถานที่รับ Cheque ที่ | <input type="checkbox"/> CSC | <input type="checkbox"/> Mail |
| | <input type="checkbox"/> เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ | |



C41500

กรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน



C42500



บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยใน
Inpatient (IPD) Claim Form

สแกนที่นี่! | สมกรับเงินผลประโยชน์ผ่าน
บัญชีธนาคารพาณิชย์

- สมกรับ
- ออโต้เดบิตบัญชีเงิน
- ไร้กังวลเรื่องเช็คหาย
- ไม่เสียค่าธรรมเนียมนำฝากเช็ค

สามารถใช้บริการรับเงินสินไหมในครั้งถัดไป

Hospital Name..... Individual Insurance Group Insurance

Part A

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน: _____
วันเดือนปี เกิด: อายุ: ปี เดือน อาชีพ: _____
โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์บ้าน: อีเมล: _____
ที่อยู่ปัจจุบัน:
- กรมธรรม์เลขที่: ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี):
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
 เจ็บป่วย อากาศ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ :
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : วันที่เข้ารับการรักษา :
 บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่เกิดเหตุ:
สาเหตุของการบาดเจ็บ:
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ:
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่: เมื่อ:
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ติดตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเมืองต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากรวันที่ได้รับค่านอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามัลผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ผู้เอาประกันภัย (.....) วันที่: พยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 1 : 2 :
(.....) (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ): ระบุความสัมพันธ์: บิดา/มารดา ผู้ปกครองโดยชอบธรรม
(.....)

หมายเหตุ :

- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุน้อยกว่า 10 ปี: บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามเพียงท่านเดียว
- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป: ผู้เอาประกันฯ ลงนามร่วมกับบิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรม พร้อมระบุความสัมพันธ์
- กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุนิ้วและข้าง รวมทั้งมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท เอไอเอ จำกัด โดย scan QR Code นี้

For Physician

- Visit date: Time: Vital signs: T: P: R: BP:
- Chief complaint duration:
- Present illness or cause of injury:
- Physical exam:
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):
- Is the illness related to: (please tick if yes)
 Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage Congenital / Hereditary disease
 Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder Influence of Drugs / Alcohol
 Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction AIDS
 An accident; Date of accident: Time: None of above
- Underlying condition:
- Provisional diagnosis: AdjRW=.....
- Can the condition be managed under Outpatient basis Yes No
(If No please provide more information)
- Reasons of admission.....
- Treatment.....

Physician's name Medical license No. Specialty
(.....) Date

Part B

Medical certification

Patient's Name: Sex Male Female HN: AN: Age year(s) month(s)
 Admission Date: Time: Discharge Date: Time: Consultation Date:

1. For Illness

- a) Date you first saw this patient for this illness:
- b) Chief complaint and duration of symptom(s):

2. For Injury

- a) Date of injury..... Time:
- b) Cause of injury.....
- c) Details of injury
- d) Did you smell alcohol from the patient?
 No Not known
 Yes, blood alcohol test (if any) = mg%
- e) Level of consciousness Normal Confusion
 Drowsiness Semi-coma Coma
- f) Estimated time for recovery

3. Did the patient need to be admitted to hospital? No Yes, indication for admission.....

4. Vital signs: T..... P..... RBP.....

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.)

7. HIV Test No Yes, Result: Date performed:

8. Underlying disease:

9. Diagnosis 1: ICD10-TM:

Diagnosis 2: ICD10-TM:

Diagnosis 3: ICD10-TM:

| | |
|---------------|--|
| Discharge DRG | |
| Adjusted RW | |

10. Treatment:

11. Surgery/Operation: ICD9-CM: Date performed:

Anaesthesia Type: General Anaesthesia Spinal Anaesthesia Local Anaesthesia Others

12. Pathological report:.....

13. Complications (if any):

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? No Yes, please specify.....

15. For Female: Is the patient pregnant? No Yes, gestational age..... weeks

Was the treatment related to infertility? No Yes, please specify

16. Has patient ever been treated by another doctor before? No Yes, please give name and address

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly No Yes

b) Degenerative change(s) No Yes

18. Others past medical history

| Date | Sign & Symptom | Diagnosis | Treatment | Physicians / Hospital |
|------|----------------|-----------|-----------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |

19. Other comments about the injury / illness

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature Medical specialty: Medical license no:

(.....) Tel no: Date:

Medical institute: Address:

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Medical Council