



บริษัท เอไอเอ จำกัด  
 เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์  
 เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
 โทรศัพท์: (66) 2634 8888

# ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทั่วไป

## โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

ชื่อผู้เอาประกันภัย

**กรอกชื่อ - นามสกุล**

VIP CUSTOMER

กรมธรรม์เลขที่	<b>T -</b>	<b>0 0 0 1 3 0 9 3 8</b>	U -	
PA เดี่ยว	<b>P -</b>		M -	
PA กลุ่ม	<b>P -</b>		ประกันกลุ่ม (ถ้ามี)	
ลำดับที่			ใบรับรองเลขที่	

ชื่อหน่วย รหัสหน่วย เบอร์โทร สำนักงาน รหัสสำนักงาน อาคาร

ชื่อตัวแทน รหัสตัวแทน  MDRT

ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก  ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง  ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่  ส่งบันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก

ประเภทการเรียกร้องสินไหม	เอกสารที่นำส่ง โปรดเรียงลำดับดังนี้
<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน IPD <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD ที่คลินิก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD ที่โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน IPD <input type="checkbox"/> Day Case <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD <input type="checkbox"/> เคลมต่างประเทศ <input type="checkbox"/> บันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible Record) <input type="checkbox"/> ค่ารักษา และ/หรือ นอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต <input type="checkbox"/> โรคร้ายแรง <input type="checkbox"/> ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ <input type="checkbox"/> อายุขัยเดิมสินไหม, เปลี่ยนชีพเดิมสินไหม <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... <b>ขาดเขยรายวัน</b> ..... <input type="checkbox"/> ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน	<input checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย.....หน้า <input type="checkbox"/> ใบเสร็จต้นฉบับ.....หน้า <input type="checkbox"/> สำเนาใบเสร็จ.....หน้า <input type="checkbox"/> ใบสรุปค่าใช้จ่าย.....หน้า <input checked="" type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์.....หน้า <input type="checkbox"/> ใบมอบอำนาจและ / สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า <input type="checkbox"/> กรมธรรม์.....หน้า <input type="checkbox"/> फिल्म X-Ray / CD.....หน้า <input type="checkbox"/> สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า <input type="checkbox"/> จดหมาย.....หน้า <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา.....หน้า <input type="checkbox"/> สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า <input type="checkbox"/> เช็ค.....หน้า <input type="checkbox"/> หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์ .....หน้า <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](http://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**  
**แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยใน**  
**Inpatient (IPD) Claim Form**

Hospital Name.....  Individual Insurance  Group Insurance

**สแกนที่นี่!** | สมกรรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารพาณิชย์

- สมกรฟรี
- ใช้งบคืนเงินทันที
- ไร้กังวลเรื่องเช็คหาย
- ไม่เสียค่าธรรมเนียมนำฝากเช็ค

**\* สามารถใช้สมกรรับเงินสินไหมในครั้งถัดไป\***

**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 และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อยู่หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต 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 บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเมืองต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสินคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากรวันที่ได้รับค่านอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามที่บริษัท กำหนดทุกประการ

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

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

**หมายเหตุ :**

- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุน้อยกว่า 10 ปี: บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามเพียงท่านเดียว
- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป: ผู้เอาประกัน 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..... R .....BP.....

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