



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

ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทั่วไป

โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรอกชื่อ - นามสกุล

VIP CUSTOMER

กรมธรรม์เลขที่ T -	0 0 0 1 3 0 9 3 8	U -	
PA เดี่ยว P -		M -	
PA กลุ่ม P -		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 checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย.....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 type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน IPD	<input type="checkbox"/> ใบมอบอำนาจและ / สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า
<input type="checkbox"/> Day Case	<input type="checkbox"/> กรมธรรม์.....หน้า
<input checked="" 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 type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ / กระแสรายวัน.....หน้า
<input type="checkbox"/> ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน	<input type="checkbox"/> (เพื่อขอรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร)
	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนที่มีบัญชีพร้อมเพย์.....หน้า
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย

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

ชื่อผู้ส่งเอกสาร.....**ลงลายมือชื่อ**

วันที่ส่งเอกสาร.....**ลงวันที่ส่งเอกสาร**

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



บริษัท เอไอเอ จำกัด

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับผู้ป่วยนอก สำหรับอุบัติเหตุ เจ็บป่วย และทันตกรรม
Outpatient (OPD) Claim Form for Accident, Illness and Dental

Hospital Name..... Individual Insurance Group Insurance

กรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน

C42200



สแกนที่นี่!

- สมาร์ทโฟน
- ใ้กล้องมือถือถ่ายภาพ

สมัครรับเงินผลประโยชน์ผ่าน

บัญชีธนาคารแทนการรับเช็ค

- ปิดกั้นลิ้งค์ไปยังบัญชี
- ไม่เสียค่าธรรมเนียมบัญชี

* สามารถใช้บริการรับเงินออนไลน์ในครั้งถัดไป*

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน: _____
วันเดือนปีเกิด: อายุ: ปี เดือน อาชีพ:
โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์บ้าน: อีเมล:
ที่อยู่ปัจจุบัน:
- กรมธรรม์เลขที่: ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี)
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
 เจ็บป่วย อากาศ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้:
สถานพยาบาลที่ เคยรักษา ก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: วันที่ เข้ารับการรักษา:
 บาดเจ็บ วันที่ ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่ เกิดเหตุ:
สาเหตุของการบาดเจ็บ: ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ:
สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ เมื่อ:
 ทันตกรรม สาเหตุ: การรักษา: วันที่รักษา:

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทจะไม่ได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สถานะใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานอันเป็นเท็จ เป็นความผิดตาม พ.ร.บ. ประกันชีวิต พ.ศ.2535 ตามมาตรา 114/4
ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 1 : 2 :
(.....) (.....) (.....)

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

- หมายเหตุ :
- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 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:
For Injury: Date of injury..... Time: Place of injury:..... Details of injury:.....
- Physical exam:
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):.....
- The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: () No () Yes, please specify
- 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:
- Investigation & Result (Lab, EKG, X - ray, etc.):.....
- Diagnosis:..... ICD10-TM:
- Treatment:.....
- Surgery/Operation: Date performed: ICD9-CM:
Anaesthesia Type: () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others
- Pathological report:

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: