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

ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทั่วไป

โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

ชื่อผู้เอาประกันภัย ☐ VIP CUSTOMER

กรมธรรม์เลขที่	T -	U -	
PA เดี่ยว	P -	M -	
PA กลุ่ม	P -	ประกันกลุ่ม (ถ้ามี)	
ลำดับที่		ใบรับรองเลขที่	

ชื่อหน่วย รหัสหน่วย เบอร์โทร สำนักงาน รหัสสำนักงาน อาคาร

ชื่อตัวแทน รหัสตัวแทน ☐ MDRT

○ ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก ○ ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง ○ ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่ ○ ส่งบันทึกความรับผิดส่วนแรก

ประเภทการเรียกร้องสินไหม

- ☐ อุบัติเหตุ (โปรดระบุ)
  - ☐ ผู้ป่วยใน IPD
  - ☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่คลินิก
  - ☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่โรงพยาบาล
- ☐ เจ็บป่วย (โปรดระบุ)
  - ☐ ผู้ป่วยใน IPD
  - ☐ Day Case
  - ☐ ผู้ป่วยนอก OPD
- ☐ เคลมต่างประเทศ
- ☐ บันทึกความรับผิดส่วนแรก (Deductible Record)
- ☐ ค่ารักษา และ/หรือ นอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต
- ☐ โรคร้ายแรง
- ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบี้ยประกันภัย
- ☐ สูญเสียอวัยวะ
- ☐ อายัดเช็คสินไหม, เปลี่ยนเช็คสินไหม
- ☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....
  .....
- ☐ ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน

เอกสารที่นำส่ง โปรดเรียงลำดับดังนี้

- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย.....หน้า
- ☐ ใบเสร็จต้นฉบับ.....หน้า
- ☐ สำเนาใบเสร็จ.....หน้า
- ☐ ใบสรุปงบค่าใช้จ่าย.....หน้า
- ☐ ใบรับรองแพทย์.....หน้า
- ☐ ใบมอบอำนาจและ /สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า
- ☐ กรมธรรม์.....หน้า
- ☐ ฟิลม์ X-Ray / CD.....หน้า
- ☐ สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า
- ☐ จดหมาย.....หน้า
- ☐ ประวัติการรักษา.....หน้า
- ☐ สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า
- ☐ เช็ค.....หน้า
- ☐ หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า
- ☐ **แบบฟอร์ม**แจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า
- ☐ แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์ .....หน้า
- ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ / กระแสรายวัน.....หน้า
  (เพื่อขอรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนที่มีบัญชีพร้อมเพย์.....หน้า
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย
(สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ www.aia.co.th > บริการลูกค้า > ดาวน์โหลดฟอร์ม > แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม)

ชื่อผู้ส่งเอกสาร..... วันที่ส่งเอกสาร..... เอกสารที่จำเป็นแต่ละประเภทQR

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท</u> ☐ Walk-In ☐ Mailing

ตรวจสอบเอกสารโดย..... ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ

ลูกค้าระบุสถานที่รับ Cheque ที่ ☐ CSC ☐ Mail ☐ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

C41500

C42500

บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยใน
Inpatient (IPD) Claim Form

สแกนที่นี่! | สมัครรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารแทนการรับเช็ค
• สมัครฟรี • ป้องกันลืมเช็คไปขึ้นเงิน
• ไร้กังวลเรื่องเช็คหาย • ไม่เสียค่าธรรมเนียมนำฝากเช็ค
* สามารถใช้บริการรับเงินค่อนสินไหมในครั้งถัดไป*

Hospital Name..... ☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance

Part A

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
   วันเดือนปี เกิด: ..... อายุ: ..... ปี .....เดือน อาชีพ: .....
   โทรศัพท์มือถือ: .....โทรศัพท์บ้าน: ..... อีเมล: .....
   ที่อยู่ปัจจุบัน: .....
2. กรมธรรม์เลขที่: .....ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี): .....
   มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี บริษัท: .....กรมธรรม์เลขที่: .....
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
   ☐ เจ็บป่วย อาการ: ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : .....
   สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ :.....วันที่เข้ารับการรักษา: .....
   ☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: .....เวลา: ..... สถานที่เกิดเหตุ: .....
   สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....
   ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ ได้รับบาดเจ็บ: .....
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่: .....เมื่อ: .....
   โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: ..... บาท

หนังสือให้ความยินยอม

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

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 บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข 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: ผู้เอาประกันภัย ลงนามร่วมกับบิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรม พร้อมระบุความสัมพันธ์
- กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุนิ้วและข้าง รวมทั้งมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท เอไอเอ จำกัด โดย scan QR Code นี้

For Physician

1. Visit date: .....Time: ..... Vital signs: T: ..... P: ..... R:..... BP: .....
2. Chief complaint duration: .....
3. Present illness or cause of injury: .....
   .....
   .....
4. Physical exam: .....
   .....
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): .....
6. Is the illness related to: (please tick ☑ if yes)
   ☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage
   ☐ Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder
   ☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
   ☐ An accident; Date of accident: ..... Time: .....
   ☐ Congenital / Hereditary disease
   ☐ Influence of Drugs / Alcohol
   ☐ AIDS
   ☐ None of above
7. Underlying condition: .....
8. Provisional diagnosis: ..... AdjRW=.....
9. Can the condition be managed under Outpatient basis ☐Yes ☐No
   (If No please provide more information) .....
10. Reasons of admission.....
11. 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