



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
☐ อุบัติเหตุ (โปรดระบุ) ☐ ผู้ป่วยใน IPD	☒ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....หน้า
☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่คลินิก	☒ ใบเสร็จต้นฉบับ.....หน้า
☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่โรงพยาบาล	☐ สำเนาใบเสร็จ.....หน้า
☒ เจ็บป่วย (โปรดระบุ) ☐ ผู้ป่วยใน IPD	☐ ใบสรุปค่าใช้จ่าย.....หน้า
☐ Day Case	☒ ใบรับรองแพทย์.....หน้า
☒ ผู้ป่วยนอก OPD	☐ ใบมอบอำนาจและ / สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า
☐ เคลมต่างประเทศ	☐ กรมธรรม์.....หน้า
☐ บันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible Record)	☐ फिल्म X-Ray / CD.....หน้า
☐ ค่ารักษา และ/หรือ นอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต	☐ สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า
☐ โรคร้ายแรง	☐ จดหมาย.....หน้า
☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบี้ยประกันภัย	☐ ประวัติการรักษา.....หน้า
☐ สูญเสียอวัยวะ	☐ สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า
☐ อาศัยเช็คสินไหม, เปลี่ยนเช็คสินไหม	☐ เช็ค.....หน้า
☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....	☐ หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า
.....	☐ แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า
☐ ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน	☐ แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์ หน้า
	☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ / กระแสรายวัน.....หน้า
	(เพื่อขอรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร)
	☐ สำเนาบัตรประชาชนที่มีบัญชีพร้อมเพย์.....หน้า
	☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย

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

ชื่อผู้ส่งเอกสาร **ลงลายมือชื่อ**

วันที่ส่งเอกสาร **ลงวันที่ส่งเอกสาร**

เอกสารที่จำเป็นแต่ละประเภทQR



สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท	☐ Walk-In	☐ Mailing
ตรวจสอบเอกสารโดย.....	☐ ครบ	☐ ไม่ครบ
ลูกค้าระบุสถานที่รับ Cheque ที่ ☐ CSC	☐ Mail	☐ 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!
• สัมผัสฟรี
• ไร้กังวลเรื่องเช็คค่า

สมัครรับเงินผลประโยชน์ผ่าน
บัญชีธนาคารแทนการรับเช็ค
• ป้องกันลืมเช็คบัญชีเงิน
• ไม่เสียค่าธรรมเนียมบำรุงรักษาเช็ค

* สามารถใช้สิทธิรับเงินผลประโยชน์ในกรณีถัดไป *

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย:..... เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน: ✓
วันเดือนปีเกิด: ✓..... อายุ: ✓..... ปี ✓..... เดือน อาชีพ: ✓
โทรศัพท์มือถือ: ✓..... โทรศัพท์บ้าน: อีเมล: ✓
ที่อยู่ปัจจุบัน: ✓
- กรมธรรม์เลขที่: ในรับรองเลขที่ (ถ้ามี)
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
☒ เจ็บป่วย อาการ: ✓..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาค้างนี้:
สถานพยาบาลที่ เคยรักษา ก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาค้างนี้: วันที่ เข้ารับการรักษาค้าง: ✓
☐ บาดเจ็บ วันที่ ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่ เกิดเหตุ:
สาเหตุของการบาดเจ็บ: ลักษณะบาดเจ็บ 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 ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

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

กรณีที่เราเรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่า การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ออกความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอม

ผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข 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 :

- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 10 ปี: บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามเพียงท่านเดียว
- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป: ผู้เอาประกันภัย 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: Place of injury: Description 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 (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:
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: