



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

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย

(สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ [www.aia.co.th](http://www.aia.co.th) > บริการลูกค้า > ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม > 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



บริษัท เอไอเอ จำกัด  
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยใน  
Inpatient (IPD) Claim Form

กรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน



C42500

**สแกนที่นี่!** | สมักรับเงินผลประโยชน์ผ่าน  
บัญชีธนาคารเพื่อการรับเช็ค

- สมักรับฟรี
- รับเงินเร็วขึ้น 2-3 วัน
- ไม่เสียค่าธรรมเนียมฝากเงิน

\* สามารถใช้บริการรับเงินออนไลน์ในครั้งถัดไป \*

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 อาการ: ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : .....  
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : ..... วันที่เข้ารับการรักษา: .....  
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่เกิดเหตุ: .....  
สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....  
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ: .....
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่: ..... เมื่อ: .....  
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: ..... บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต 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 บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสินคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าออกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

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

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

หมายเหตุ :

- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุน้อยกว่า 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: .....  
.....
- 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: .....

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