



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

# ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทั่วไป

## โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

ชื่อผู้เอาประกันภัย

VIP CUSTOMER

กรมธรรม์เลขที่ T -	<input type="text"/>	U -	<input type="text"/>
PA เดี่ยว P -	<input type="text"/>	M -	<input type="text"/>
PA กลุ่ม P -	<input type="text" value="019726977"/>	ประกันกลุ่ม (ถ้ามี)	<input type="text"/>
ลำดับที่	<input type="text"/>	ใบรับรองเลขที่	<input type="text"/>

ชื่อหน่วย

รหัสหน่วย

เบอร์โทร สำนักงาน

รหัสสำนักงาน

อาคาร

ชื่อตัวแทน

รหัสตัวแทน

MDRT

ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก  ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง  ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่  ส่งบันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก

ประเภทการเรียกร้องสินไหม	เอกสารที่นำส่ง โปรดเรียงลำดับดังนี้
<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ (โปรดระบุ)	<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....หน้า
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน IPD	<input 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 type="checkbox"/> เจ็บป่วย (โปรดระบุ)	<input 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 type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD	<input type="checkbox"/> फिल्म X-Ray / CD.....หน้า
<input type="checkbox"/> เคลมต่างประเทศ	<input type="checkbox"/> สำเนาภาพถ่ายรถหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....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"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบียดเบียนกันภัย	<input type="checkbox"/> เช็ด.....หน้า
<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ	<input type="checkbox"/> หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า
<input type="checkbox"/> ย้ายตั้งเคสสินไหม, เปลี่ยนตั้งเคสสินไหม	<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า
<input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์ .....หน้า
.....	<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 กรุณาแบบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย  
 (สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ [www.aia.co.th](http://www.aia.co.th) > บริการลูกค้า > ดาวน์โหลดฟอร์ม > แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม)

ชื่อผู้ส่งเอกสาร..... วันที่ส่งเอกสาร.....

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