



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)	0 0 0 0 1 3 5 5 7 3
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	☐ สำเนาภาพถ่ายหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า
☐ โรคร้ายแรง	☐ จดหมาย.....หน้า
☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบี้ยประกันภัย	☐ ประวัติการรักษา.....หน้า
☐ สูญเสียอวัยวะ	☐ สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า
☐ อายัดเช็คสินไหม, เปลี่ยนเช็คสินไหม	☐ เช็ค.....หน้า
☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....	☐ หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า
☐ ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน	☐ แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า
	☐ แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์หน้า
	☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ / กระแสรายวัน.....หน้า
	☐ (เพื่อขอรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร)
	☐ สำเนาบัตรประชาชนที่มีบัญชีพร้อมเพย์.....หน้า
	☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....หน้า

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย

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

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

เอกสารที่จำเป็นแต่ละประเภทQR



สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท	☐ Walk-In	☐ Mailing
ตรวจสอบเอกสารโดย.....	☐ ครบ	☐ ไม่ครบ
ลูกค้าระบุสถานที่รับ Cheque ที่	☐ CSC	☐ Mail
	☐ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	



C41500



บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยใน
Inpatient (IPD) Claim Form

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



C42500



Part A

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 อากาศ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ :
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : วันที่เข้ารับการรักษาคือ:
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่เกิดเหตุ:
สาเหตุของการบาดเจ็บ:
ลักษณะบาดเจ็บ และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ:
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่: เมื่อ:
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมามีหรือจะขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัย บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอส่งงานสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสินคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

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:
.....
- 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