



# 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"/>	ประกันกลุ่ม (ถ้ามี)	0 0 0 0 1 3 5 0 5 4
ลำดับที่	<input type="text"/>	ใบรับรองเลขที่	<input type="text"/>

ชื่อหน่วย รหัสหน่วย เบอร์โทร สำนักงาน รหัสสำนักงาน อาคาร

ชื่อตัวแทน รหัสตัวแทน เบอร์มือถือ  MDRT

ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก  ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง  ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่  ส่งบันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก

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

หมายเหตุ การขอเอกสารคืน กรุณาแนบ "แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน" มาพร้อมใบนำส่งเอกสารนี้ด้วย  
 (สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ [www.aia.co.th](http://www.aia.co.th) > บริการลูกค้า > ความปลอดภัย > 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