



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) |  |
| 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 | <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....หน้า                          |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD ที่คลินิก                                     | <input type="checkbox"/> ใบเสร็จต้นฉบับ.....หน้า                                              |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD ที่โรงพยาบาล                                  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบเสร็จ.....หน้า                                                |
| <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน IPD   | <input type="checkbox"/> ใบสรุปค่าใช้จ่าย.....หน้า                                            |
| <input type="checkbox"/> Day Case                                                     | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์.....หน้า                                               |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก OPD                                               | <input type="checkbox"/> ใบมอบอำนาจและ / สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า                            |
| <input type="checkbox"/> เคลมต่างประเทศ                                               | <input type="checkbox"/> กรมธรรม์.....หน้า                                                    |
| <input type="checkbox"/> บันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible Record)               | <input type="checkbox"/> फिल्म X-Ray / CD.....หน้า                                            |
| <input type="checkbox"/> ค่ารักษา และ/หรือ นอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต                  | <input type="checkbox"/> สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า            |
| <input type="checkbox"/> โรคร้ายแรง                                                   | <input type="checkbox"/> จดหมาย.....หน้า                                                      |
| <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบี้ยประกันภัย                  | <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา.....หน้า                                             |
| <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ                                                | <input type="checkbox"/> สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า                              |
| <input type="checkbox"/> อาศัยเช็คสินไหม, เปลี่ยนเช็คสินไหม                           | <input type="checkbox"/> เช็ค.....หน้า                                                        |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุ).....                                         | <input type="checkbox"/> หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า |
| .....                                                                                 | <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า                       |
| <input type="checkbox"/> ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน                                   | <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 > ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม > 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

เอกสารใช้ประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนขณะผู้เอาประกันภัยยังมีชีวิตอยู่

| เอกสารหรือหลักฐาน                                                           | ประเภทการเรียกร้องสินไหม               |                                         |                                                         |                                                           |                                                         |                                             |                                              |                                    |                                     |                                                             |                                                       | อื่นๆ                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|
|                                                                             | บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ                   |                                         |                                                         |                                                           | เจ็บป่วย                                                |                                             | ค่า<br>ชดเชย<br>รายวัน<br>(HI<br>/HB)<br>(2) | บริการ<br>สินไหม<br>ต่าง<br>ประเทศ | บันทึก<br>ความ<br>รับผิด<br>ส่วนแรก | ทุพพลภาพ<br>การสิ้นเชิง<br>หรือ<br>สูญเสีย<br>อวัยวะ<br>(3) | เจ็บป่วยจาก<br>โรคมะเร็ง<br>หรือ<br>โรคร้ายแรง<br>(4) | อายุ<br>หรือ<br>เปลี่ยนเชื้อ<br>สินไหม | ขอ<br>เอกสาร<br>คืน |
|                                                                             | ค่ารักษา<br>กรณี<br>ผู้ป่วยใน<br>(IPD) | ค่ารักษา<br>กรณี<br>ผู้ป่วยนอก<br>(OPD) | ค่าชดเชย<br>กรณี<br>บาดเจ็บ<br>จาก<br>อุบัติเหตุ<br>(1) | ค่าชดเชย<br>กรณี<br>กระดูก<br>แตกหัก<br>จาก<br>อุบัติเหตุ | ค่ารักษา<br>กรณี<br>ผู้ป่วย<br>ใน<br>(IPD)/<br>Day Case | ค่ารักษา<br>กรณี<br>ผู้ป่วย<br>นอก<br>(OPD) |                                              |                                    |                                     |                                                             |                                                       |                                        |                     |
| 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม<br>สำหรับผู้เอาประกันภัย และสำหรับแพทย์       | ✓                                      | ✓                                       | ✓                                                       | ✓                                                         | ✓                                                       | ✓                                           | ✓                                            | ✓                                  | ✓                                   | ✓                                                           | ✓                                                     | -                                      | -                   |
| 2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ<br>และใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย                       | ✓                                      | ✓                                       | -                                                       | -                                                         | ✓                                                       | ✓                                           | -                                            | ✓                                  | -                                   | -                                                           | -                                                     | -                                      | -                   |
| 3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน<br>และ/หรือใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย                    | -                                      | -                                       | ★                                                       | ★                                                         | -                                                       | -                                           | ★                                            | -                                  | ✓                                   | -                                                           | ★                                                     | -                                      | -                   |
| 4. ประวัติการรักษา/บันทึกการนัดตรวจหรือประชุม                               | ★                                      | ★                                       | ★                                                       | ★                                                         | ★                                                       | ★                                           | ★                                            | ★                                  | -                                   | ★                                                           | ★                                                     | -                                      | -                   |
| 5. สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา                                           | -                                      | -                                       | -                                                       | -                                                         | ★                                                       | ★                                           | -                                            | ★                                  | -                                   | -                                                           | ★                                                     | -                                      | -                   |
| 6. ฟิล์ม X-Rays, CT, MRI, EMG, PET SCAN<br>พร้อมผลอ่าน, CD, ภาพถ่ายปัจจุบัน | ★                                      | ★                                       | ★                                                       | ★                                                         | ★                                                       | ★                                           | ★                                            | ★                                  | -                                   | ★                                                           | ★                                                     | -                                      | -                   |
| 7. สำเนานันทนาการประจำวันของตำรวจ                                           | ★                                      | ★                                       | ★                                                       | ★                                                         | -                                                       | -                                           | ★                                            | -                                  | -                                   | ★                                                           | -                                                     | -                                      | -                   |
| 8. สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรก พร้อมหน้าประทับตรา<br>การเดินทาง                    | -                                      | -                                       | -                                                       | -                                                         | -                                                       | -                                           | -                                            | ✓                                  | -                                   | -                                                           | -                                                     | -                                      | -                   |
| 9. แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน                                    | -                                      | -                                       | -                                                       | -                                                         | -                                                       | -                                           | -                                            | -                                  | -                                   | -                                                           | -                                                     | -                                      | ✓                   |
| 10. แบบฟอร์มขออายุ/เปลี่ยนเชื้อสินไหม                                       | -                                      | -                                       | -                                                       | -                                                         | -                                                       | -                                           | -                                            | -                                  | -                                   | -                                                           | -                                                     | ✓                                      | -                   |
| 11. หนังสือแจ้งการจ่ายสินไหมประกันรวม หรือ<br>สวัสดิการอื่นๆ                | ★                                      | ★                                       | ★                                                       | -                                                         | ★                                                       | ★                                           | ★                                            | ★                                  | ✓                                   | -                                                           | -                                                     | -                                      | -                   |

- หมายเหตุ:     ✓     จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา
- ★     ใช้ประกอบการพิจารณาในบางกรณี
- ไม่จำเป็นต้องใช้

ตัวอย่าง เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณาสินไหม

(1) ผลประโยชน์ค่าชดเชยกรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

| กรณี                            | ให้นำส่งพร้อม                                      |
|---------------------------------|----------------------------------------------------|
| ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน      | สำเนาใบเสร็จรับเงิน และ/หรือใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย |
| ได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรม    | บันทึก หรือรายงานการผ่าตัด                         |
| มีกระดูกหัก แขนหัก หรือเคลือบ   | Film X-rays, CT, MRI พร้อมผลอ่าน                   |
| การบาดเจ็บมีผลมาจากการลอบทำร้าย | สำเนานันทนาการประจำวันของตำรวจ                     |

(2) ผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวัน (HBX/HBPG)

| กรณี                         | ให้นำส่งพร้อม                                      |
|------------------------------|----------------------------------------------------|
| ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน   | สำเนาใบเสร็จรับเงิน และ/หรือใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย |
| ได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรม | บันทึก หรือรายงานการผ่าตัด                         |

(3) ผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพการสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะ

| กรณี                                      | ให้นำส่งพร้อม                                |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| อวัยวะที่สูญเสีย คือ ตา                   | ใบรายงานการตรวจตา พร้อมรูปถ่ายปัจจุบัน       |
| อวัยวะที่สูญเสีย คือ มือ เท้า แขน หรือ ขา | Film X-rays พร้อมรูปถ่ายปัจจุบัน พร้อมผลอ่าน |

(4) ผลประโยชน์กรณีเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรง

| กรณี                                                | ให้นำส่งพร้อม                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| โรคมะเร็ง                                           | ผลการตรวจเนื้อเยื่อ เลือด หรือไขกระดูกทางกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์ หรือแพทย์ทางโลหิตวิทยา<br><u>กรณีที่ไม่ได้ตรวจขณะมีชีวิตอยู่</u> ให้แนบผลชันสูตรศพเมื่อเรียกร้องสินไหมมรณกรรม |
| โรคตับแข็ง                                          | ประวัติการรักษา ผลการตรวจเนื้อเยื่อตับทางกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์ และผลการตรวจ Ultrasound , CT Scan ช่องท้อง                                                                    |
| โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน                       | ประวัติการรักษา และผลการตรวจ CT, MRI สมอง                                                                                                                                          |
| โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ                                | ประวัติการรักษา และผลการตรวจเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary Angiogram)                                                                                                            |
| การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ             | ประวัติการรักษา และรายงานการผ่าตัด                                                                                                                                                 |
| โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด        | ประวัติการรักษา ผลการตรวจเลือดเพื่อการทำงานของหัวใจ (Cardiac Enzyme) และผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ (ECG)                                                                          |
| โรคไวรัสตับอักเสบขั้นรุนแรง                         | ประวัติการรักษา ผลการตรวจเลือดเพื่อการทำงานของตับ (Liver function test) และผลการตรวจ Ultrasound ช่องท้อง                                                                           |
| ไตวายเรื้อรัง                                       | ประวัติการรักษา ผลการตรวจเลือดเพื่อการทำงานของไต (Renal function test) และผลการตรวจ Ultrasound ช่องท้อง                                                                            |
| การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ หรือปลูกถ่ายไขกระดูก         | ประวัติการรักษา และรายงานการผ่าตัด                                                                                                                                                 |
| โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชนิดถาวร                      | ประวัติการรักษา และผลการตรวจการทำงานของปอด (Lung function test)                                                                                                                    |
| โรคกล้ามเนื้อเสื่อม                                 | ประวัติการรักษา และผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (EMG)                                                                                                                          |
| โรคระบบประสาทมัลติเพิล สเคเลอโรสิส                  | ประวัติการรักษา และผลการตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)                                                                                                                     |
| โรคโปลิโอ                                           | ประวัติการรักษา และผลการตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)                                                                                                                     |
| โรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย | ประวัติการรักษา และผลการตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)                                                                                                                     |
| สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส                             | ประวัติการรักษา และผลการตรวจน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)                                                                                                                     |
| แผลไหม้ถาวร                                         | ประวัติการรักษา และผลการประเมินระดับของบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกตามหลักเกณฑ์ Rule of nine ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยศัลยแพทย์                                                           |
| ภาวะโคม่า                                           | ประวัติการรักษา และผลการวินิจฉัยระบบประสาทโดยอายุรแพทย์ หรือประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon)                                                                                         |
| การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง                       | ประวัติการรักษา ผลการตรวจการบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL index)                                                            |
| โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของหัวใจ      | ประวัติการรักษา และผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) จากอายุรแพทย์โรคหัวใจ หรือกุมารแพทย์โรคหัวใจ                                                      |



# บริษัท เอไอเอ จำกัด

## แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง CRITICAL ILLNESS CLAIMS FORM

ส่วนที่ 1 กรณการกรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง  
Part I To be completed by Insured / Claimant

|                                                  |                        |            |
|--------------------------------------------------|------------------------|------------|
| ชื่อ / นามสกุล ผู้เอาประกันภัย<br>Insured's Name |                        |            |
| กรมธรรม์เลขที่<br>Policy number                  |                        |            |
| เลขที่บัตรประชาชน<br>Identification Number       | อายุ<br>Age            | ปี<br>year |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้<br>Contact Address     | เพศ<br>Gender          |            |
| หมายเลขโทรศัพท์มือถือ<br>Mobile Number           | อีเมล<br>Email Address |            |

### รายละเอียดของการเรียกร้อง Nature of claim and related details

|                                                                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. เรียกร้องค่าชดเชยโรคร้ายแรงด้วยโรค<br>Name of the Critical illness you are Claiming for                                                                                      | 1. |
| 2. อาการของโรค<br>Describe the symptom from date of onset                                                                                                                       | 2. |
| 3. อาการเหล่านี้ท่านเป็นมานานเท่าไร ก่อนปรึกษาแพทย์ครั้งแรก<br>How long have you been having these symptoms from the date of your first consultation                            | 3. |
| 4. วันที่ปรึกษาแพทย์ครั้งแรก<br>Date of first consultation                                                                                                                      | 4. |
| 5. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับโรคนี้ครั้งแรก<br>The name, address and contact phone number of the doctor you first consulted for this illness | 5. |

### ประวัติการปรึกษาแพทย์ / การรักษาในโรงพยาบาล Record of Medical Consultation / Hospitalization

#### 6. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ท่านรักษาประจำ

The name, address and contact phone number of your regular doctor

ชื่อแพทย์  
Name of Doctor

ที่อยู่  
Address

เบอร์โทรศัพท์  
Contact phone number

#### 7. โปรดกรอกรายละเอียดของแพทย์ซึ่งท่านเคยปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้

Please give below the details of any doctor(s) who have been consulted in connection with this illness

ชื่อแพทย์  
Name of Doctor

ที่อยู่  
Address

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)  
Date (DD/MM/YY)

ก.

ข.

#### 8. โปรดระบุรายละเอียดการเข้ารับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้

Please give below the details of any Hospitalization in connection with this illness

ชื่อโรงพยาบาล  
Name of Hospital

วันที่เข้าโรงพยาบาล (วัน/เดือน/ปี)  
Date of Admission (DD/MM/YY)

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)  
Date (DD/MM/YY)

ก.

ข.

### รายละเอียดทั่วไป

#### General Information

#### 9. ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ

☐ ไม่มี

☐ มี

Are these any other illnesses/complaints treated for or suffered by you prior to the critical illness you are claiming for? If so, please give full details

ก.

ข.

10. ท่านมีญาติที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคนี้หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้หรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ

Have any your blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please give full details

☐ ไม่มี

☐ มี

ความสัมพันธ์  
Relationship of relative

อาการเจ็บป่วย  
Nature of illness

วันที่วินิจฉัย (วัน/เดือน/ปี)  
Date of diagnosis (DD/MM/YY)

ก.

ข.

11. ท่านได้รับความคุ้มครองโรคร้ายแรงหรือผลประโยชน์เกี่ยวกับโรคนี้ที่บริษัทประกันอื่นๆด้วยหรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ

Have any your blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please give full details

☐ ไม่มี

☐ มี

ชื่อบริษัท  
Name of Insurer

หมายเลขกรมธรรม์  
Policy Number

ประเภท  
Type of Benefit

จำนวนเงิน  
Amount of Benefit

ก.

ข.

การส่งคำบอกกล่าวใดๆ ตามสัญญาประกันภัยเมื่อบริษัทได้ทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นไปยังที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email Address) หมายเลขโทรศัพท์ที่มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ แจกไว้แล้วให้ถือว่าวันที่ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือวันที่ส่งข้อความทางโทรศัพท์ที่เป็นวันที่ได้มีการส่งหนังสือ ข้อมูล หรือคำบอกกล่าวใดๆ และถือว่าผู้เอาประกันภัยหรือเจ้าของกรมธรรม์ ได้รับคำบอกกล่าวโดยชอบแล้ว ณ วันที่ส่ง

การแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)

โดยจากนี้ไป ขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำเงินสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทุกกรมธรรม์ ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงค์ เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า ตามที่ระบุดังต่อไปนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

☐ บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของข้าพเจ้า ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (แนบลำเนาบัตรประชาชน)

☐ บัญชีธนาคาร (แนบลำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร) ชื่อธนาคาร ..... ชื่อบัญชี ..... เลขที่ .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงค์ขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ และยินยอมให้เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด

หมายเหตุ : ลายมือชื่อเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / เจ้าของบัญชี (กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท)

หนังสือให้ความยินยอม / Authorization

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

(  
ลายมือชื่อพยาน  
Witness

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง  
Signature of Insured / Claimant

(  
ลายมือชื่อพยาน  
Witness

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)  
Date (DD/MM/YY)



C11000

|                                                                      |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อผู้ป่วย: นาย / นาง / นางสาว<br>Patient's Name: Mr. / Mrs. / Miss | HN:                                                                                                      |
|                                                                      | AN:                                                                                                      |
|                                                                      | เลขที่บัตรประชาชน      □ □ □ □ □ □ □ □ □ □      อายุ      ปี<br>Identification Number      Age      year |

|    |                                                                                                                                                                          |                                 |                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| a. | Are you the Insured's usual medical physician?<br>If "YES", over what period do your records extend?<br><br>_____                                                        | Yes<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| b. | When were you first consulted for this illness?<br>What were the symptoms and at that time how long had they been present?<br><br>_____                                  | _____<br>DD/MM/YY               |                                |
| c. | Has the Insured previously suffered from the illness or any related condition?<br>If "YES", please give dates of consultations and the resulting diagnosis.<br><br>_____ | Yes<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| d. | On which date was the diagnosis made?<br><br>_____                                                                                                                       | _____<br>DD/MM/YY               |                                |
| e. | Is there anything in the Insured's family history which would have increased the risk of illness?<br>If "YES", please give details of the Insured's family history       | Yes<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |

[illegible][illegible]

### Part III Details of Insured's Critical Illness

โรคเท้าช้าง

Elephantiasis

1.

Please describe the initial episode

i.

When was the sign / symptom first appeared?

(DD/MM/YYYY)

ii.

When was Elephantiasis diagnosed?

(DD/MM/YYYY)

2.

What the following criteria are met?

i.

Are there massive permanent and irreversible lymphoedema of a limb or other body region?

YES  NO

ii.

What are the causes of the above condition?

Microfilariae

Congenital condition

Others

iii.

Have microfilaria been documented by laboratory examination?

YES  NO

If ‘YES’, please specify the method to identify microfilaria.

Circulating filarial antigen (CFA) assays

Blood smears

Antifilarial antibody tests

Polymerase chain reaction (PCR) for parasite’s DNA

Others

3.

Investigations/Laboratory report

i.

Was the HIV test performed?

YES  NO

If ‘YES’, please give result.

(DD/MM/YYYY)

ii.

Please identify all investigational reports which were performed and attached such reports to this form.

Microfilaria in blood / other body fluid

Circulatory antigen of W. Bancrofti

PCR for DNA of parasite

Radionuclide lymphoscintigraphic imaging of limbs

High frequency ultrasound with doppler technique

Any other imaging studies

Any relevant laboratory evidence

Any relevant hospital reports

4.

Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es).

Additional information

|                                                                                                                                                                       |                 |                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|------------|
| <b>To be completed by Attending Physician</b>                                                                                                                         |                 |                                       |            |
| I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the above disability and that the facts are in my opinion as given above. |                 |                                       |            |
| Name of Doctor _____                                                                                                                                                  |                 | Signature _____                       |            |
| Qualification _____                                                                                                                                                   | Specialty _____ | Thailand's Medical Registration _____ |            |
| Name of Hospital/Official Stamp _____                                                                                                                                 |                 | Telephone No. _____                   | Date _____ |