



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 | หุพพลภาพ<br>การสิ้นเชิง<br>หรือ<br>สูญเสีย<br>อวัยวะ<br>(3) | เจ็บป่วยจาก<br>โรคมะเร็ง<br>หรือ<br>โรคร้ายแรง<br>(4) | อาัยัด<br>หรือ<br>เปลี่ยนเช็ค<br>สินไหม | ขอ<br>เอกสาร<br>คืน |
|                                                                             | คำรักษา<br>กรณี<br>ผู้ป่วยใน<br>(IPD) | คำรักษา<br>กรณี<br>ผู้ป่วยนอก<br>(OPD) | คำชดเชย<br>กรณี<br>บาดเจ็บ<br>จาก<br>อุบัติเหตุ<br>(1) | คำชดเชย<br>กรณี<br>กระดูก<br>แตกหัก<br>จาก<br>อุบัติเหตุ | คำรักษา<br>กรณี<br>ผู้ป่วย<br>ใน<br>(IPD)/<br>Day Case | คำรักษา<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. สำเนาทะเบียนประวัติประจำวันของตำรวจ                                      | ★                                     | ★                                      | ★                                                      | ★                                                        | -                                                      | -                                          | ★                                            | -                                  | -                                   | ★                                                           | -                                                     | -                                       | -                   |
| 8. สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรก พร้อมหน้าประทับตรา<br>การเดินทาง                    | -                                     | -                                      | -                                                      | -                                                        | -                                                      | -                                          | -                                            | ✓                                  | -                                   | -                                                           | -                                                     | -                                       | -                   |
| 9. แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน                                    | -                                     | -                                      | -                                                      | -                                                        | -                                                      | -                                          | -                                            | -                                  | -                                   | -                                                           | -                                                     | -                                       | ✓                   |
| 10. แบบฟอร์มขออาัยัด/เปลี่ยนเช็คสินไหม                                      | -                                     | -                                      | -                                                      | -                                                        | -                                                      | -                                          | -                                            | -                                  | -                                   | -                                                           | -                                                     | ✓                                       | -                   |
| 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 | สำเนาทะเบียนประวัติประจำวันของตำรวจ                |

(2) ผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวัน (HBX/HBPG)

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

(3) ผลประโยชน์กรณีหุพพลภาพการสิ้นเชิง 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>กรณีที่ <del>ไม่</del> ได้ตรวจขณะมีชีวิตอยู่ 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)                                                                                |
| โรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง                           | 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 สเคลอโรสิส                   | 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 |
| เพศ<br>Gender                                    |                        |            |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้<br>Contact Address     |                        |            |
| 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<br>Name of Doctor | ที่อยู่<br>Address | เบอร์โทรศัพท์<br>Contact phone number |
|-----------------------------|--------------------|---------------------------------------|

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

|                             |                    |                                          |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------------------|
| ชื่อแพทย์<br>Name of Doctor | ที่อยู่<br>Address | วันที่ (วัน/เดือน/ปี)<br>Date (DD/MM/YY) |
| ก.                          |                    |                                          |
| ข.                          |                    |                                          |

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

|                                   |                                                                    |                                          |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ชื่อโรงพยาบาล<br>Name of Hospital | วันที่เข้าโรงพยาบาล (วัน/เดือน/ปี)<br>Date of Admission (DD/MM/YY) | วันที่ (วัน/เดือน/ปี)<br>Date (DD/MM/YY) |
| ก.                                |                                                                    |                                          |
| ข.                                |                                                                    |                                          |

### รายละเอียดทั่วไป General Information

9. ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ  
Are there 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: |
|                                                                      | XN: |

เลขที่บัตรประชาชน      □ □ □ □ □    □ □ □ □ □    □ □    □      อายุ                  ปี

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]

## ส่วนที่ 3 รายละเอียดความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของผู้เอาประกันภัย

## Part III Details of Insured's Critical Illness

## โรคน้ำในไขสันหลังคั่งในโพรงสมองและต้องใส่ท่อระบาย

## Hydrocephalus requiring a Cerebral or Extracranial Drainage Shunt

## 1. Please describe the extent of the disease.

i. When was the sign/symptom of Hydrocephalus appeared? \_\_\_\_\_

(DD/MM/YYYY)

ii. What is the date of diagnosis of Hydrocephalus? \_\_\_\_\_

(DD/MM/YYYY)

iii. What is the cause of Hydrocephalus?

Is the cause of Hydrocephalus congenital or acquired? \_\_\_\_\_

☐ Congenital☐ Acquired

iv. The diagnosis was made from

☐ Symptoms and physical examination, please specify \_\_\_\_\_☐ Neuroimaging studies \_\_\_\_\_

(DD/MM/YYYY)

☐ CT brain☐ MRI brain☐ Others, please specify \_\_\_\_\_

Result \_\_\_\_\_

v. Date of last treatment \_\_\_\_\_

(DD/MM/YYYY)

Please state the condition of the insured on the last time you saw.

## 2. What the following criteria are met?

i. The hydrocephalus is due to a pathological of brain and spinal cord. \_\_\_\_\_

☐ YES☐ NO

If 'YES', please describe finding.

ii. A Cerebral shunt or extracranial drainage shunt has been inserted. \_\_\_\_\_

☐ YES☐ NO

If 'YES', please state.

- Date of Operation \_\_\_\_\_

(DD/MM/YYYY)

- Type of shunt

☐ Ventriculoperitoneal (VP) shunts☐ Ventriculoatrial (VA) shunts☐ Ventriculopleural (VPL) shunts☐ Others \_\_\_\_\_

iii. How long the shunt has been inserted? \_\_\_\_\_

Duration

\_\_\_\_\_ Days / Months / Years

## 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.

☐ Surgical report☐ CT / MRI☐ Any other imaging studies \_\_\_\_\_☐ Any relevant laboratory evidence \_\_\_\_\_☐ Any relevant hospital reports \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 3 รายละเอียดความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของผู้เอาประกันภัย  
Part III Details of Insured's Critical Illness

|                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>4. Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>                    |
| <p style="text-align: center;">Additional information</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

|                                                                                                                                                                       |                     |                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|--|
| <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 _____                            |  |