



**บริษัท เอไอเอ จำกัด**  
**แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน**



C10100

**Normal Claims** ส่งเรียกร้องโดยตรงกับบริษัท

- ค่าชดเชยการรักษาในโรงพยาบาล (HS)
- ค่าชดเชยการนอนโรงพยาบาล (HB)  ค่าชดเชยโรคร้ายแรง (CR)
- ค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ (AI)  ค่าชดเชยกระดูกแตกหัก (BB)
- ค่าชดเชยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA (ME/WI/WC/HI/HM/HU/BB)
- อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

**Fax Claims** ผ่าน โรงพยาบาล \_\_\_\_\_

- AIA Health Care / AIA Care Card**  
Fax No.: 0-2352-5838, 0-2638-6655
- Fax Claims Service (FCS)**  
Fax No.: 0-2352-5808, 0-2638-7766

**Day Case**

VRS:

**ส่วนที่ 1 (Part I)**

**สำหรับผู้เอาประกันภัย**

- 1 ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย: ..... เพศ:  ชาย  หญิง เลขประจำตัวประชาชน: \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด: ..... อายุ: ..... ปี ..... เดือน อาชีพ: .....  
โทรศัพท์มือถือ: ..... โทรศัพท์บ้าน: ..... อีเมล: .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน: .....
- 2 กรมธรรม์เลขที่: ..... ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) .....  
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่  ไม่มี  มี บริษัท: ..... กรมธรรม์เลขที่: .....
- 3 สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้  
 เจ็บป่วย อาการ: ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: .....  
สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: ..... วันที่เข้ารับการรักษา: .....  
 บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่เกิดเหตุ: .....  
สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....  
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ: .....
- 4 เฉพาะกรณีรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุแบบผู้ป่วยใน และเรียกร้องสินไหมผ่านเอไอเอแคร์การ์ด (AIA Care Card)  
สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่  ไม่เคยรักษาที่ใด  เคยรักษาที่ ..... เมื่อ: .....  
โดย ชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษา (ME) ผ่านเอไอเอแคร์การ์ด (AIA Care Card) ไปแล้ว เป็นเงิน ..... บาท

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล AIA Health Care / AIA Care Card / Fax Claims Service (FCS) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ผู้เอาประกันภัย: ..... วันที่: ..... พยาน: ..... พยาน: .....  
(.....) ความสัมพันธ์: ..... (.....) (.....)

หมายเหตุ: \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์  
\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

**สำหรับแพทย์**

**OPD**  **IPD [Part I for Fax Claims]**

- 1 Physician's name: ..... Medical specialty: ..... Medical license no: .....
- 2 Visit / Admission date: ..... Time: ..... HN: ..... AN: .....
- 3 Vital signs: T..... P..... R..... BP.....
- 4 Chief complaint/duration: .....
- 5 Present illness or cause of injury: .....
- 6 Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): .....
- 7 The illness directly related to an accident: ( ) No ( ) Yes, Date of Injury: ..... Time: .....
- 8 The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) No ( ) Yes, please specify .....
- 9 Underlying condition: .....
- 10 Provisional diagnosis: .....
- 11 Treatment: .....
- 12 **For IPD:** Indication for admission: .....  
Plan of Treatment: .....  
Expected length of stay .....day(s)  
Physician's signature: ..... Date: .....  
(.....)

**ส่วนที่ 2 (Part II)**

**รายงานแพทย์ผู้รักษา**

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: ..... Date performed: ..... ICD10-TM/ICD9-CM: .....

Anesthesia Type: ( ) General Anesthesia ( ) Spinal Anesthesia ( ) Local Anesthesia ( ) 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 other 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: .....

(.....) Telephone No.: ..... Date: .....

Medical Institute: ..... Address: .....

**หมายเหตุ:** \* แพทย์ผู้ออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม และได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากแพทยสภา

\*\* หากมีค่าธรรมเนียมในการออกรายงานนี้ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

\*\*\* กรุณาประทับตราโรงพยาบาล/สถานพยาบาลทุกครั้ง