



กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

1. ข้อมูลการติดต่อ \*\* (ข้อมูลส่วนนี้จะใช้ในการจัดส่งเอกสารต่างๆของบริษัท) วันที่ \_\_\_\_\_  
ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

2. ข้อมูลผู้เอาประกัน  
 คนเดียวกันกับข้อ 1.  บุคคลอื่น (ระบุด้านล่าง)  
ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
 ที่เดียวกับข้อ 1.  อื่นๆ (ระบุด้านล่าง)  
ที่อยู่ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

3. ส่วนงานที่ประสงค์ร้องเรียน  
 บริษัท เอไอเอ  ตัวแทน  พนักงาน  ผลิตรภัณฑ์

4. ข้อมูลกรมธรรม์  
เลขที่กรมธรรม์ \_\_\_\_\_ หมายเลขเคลม \_\_\_\_\_ วันที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_  
ชื่อตัวแทน \_\_\_\_\_ รหัสตัวแทน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ ชื่อหน่วย \_\_\_\_\_

5. ระบุเรื่องร้องเรียน  
 ถูกปฏิเสธการเคลม  จ่ายเคลมต่ำกว่าที่เรียกร้อง  ดำเนินการเคลมล่าช้า  การเพิ่มเบี้ยอัตราที่สูงเกินไป  
 ตัวแทนทุจริตเบี้ย  ตัวแทนบิดเบือนข้อเท็จจริงหรือให้เงื่อนไขกรมธรรม์ไม่ถูกต้อง  บริษัทเรียกเก็บหนี้คืนค้างชำระ  
 ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ (ชั้น2)  ฝ่าย Call Center  ฝ่ายการตลาด  การจ่ายเงินปันผล  
 อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

6. เอกสาร/หลักฐานที่แนบมาด้วย  
 สำเนาบัตรประชาชน  สำเนาทะเบียนบ้าน  สำเนาหนังสือเดินทาง  หนังสือมอบอำนาจ  
 สำเนาใบเสร็จ  ใบเสร็จตัวจริง  ภาพถ่าย  บิลเงินสด  
 สลิปเอทีเอ็ม  Pay in  ใบคำเสนอขาย  Mobile Banking & Internet Banking  
 หลักฐานการแจ้งความ  หนังสือรับรองการชำระเบี้ย  Statement  สำเนาบัญชีธนาคาร  
 จดหมายปฏิเสธเคลม  จดหมายแจ้งเพิ่มเบี้ย  จดหมายชี้แจงการจ่ายเคลม  
 คำชี้แจงตัวแทน/หัวหน้าหน่วย/ผู้ประสานงาน  อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

7. รายละเอียดการร้องเรียน  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. โปรดระบุความคิดเห็นในการแก้ปัญหาที่ยุติธรรมสำหรับคุณ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ร้องเรียน  
( \_\_\_\_\_ ) ตัวบรรจง

\*\*\* ช่องการติดต่อ หรือ ส่งเอกสารเพิ่มเติม [th.customercare@aia.com](mailto:th.customercare@aia.com)

สำหรับเจ้าหน้าที่

- |  |                                       |   |                                |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TMAE              | <input type="checkbox"/> Dividend     | <input type="checkbox"/> POS                | <input type="checkbox"/> Claim |
| <input type="checkbox"/> Miss Con/Miss App | <input type="checkbox"/> Poor Service | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____ |                                |

ตรวจสอบลายเซ็นโดย \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_



P80400

\*\* หากตรวจสอบพบการปลอมแปลงลายเซ็นตุ๊กคำ จะได้รับบทลงโทษโดยการตัดสัญญาตัวแทน \*\*