



## บริษัท เอไอเอ จำกัด

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง

## CRITICAL ILLNESS CLAIMS FORM

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

ชื่อผู้เอาประกัน: นาย / นาง / นางสาว Insured's Name: Mr. / Mrs. / Miss		หมายเลขกรมธรรม์ (ทั้งหมด) Policy Number (All)	
หมายเลขบัตรประชาชน Identification Number	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	อายุ Age	ปี year
ที่อยู่ซึ่งติดต่อสะดวก Correspondence Address			
หมายเลขโทรศัพท์ซึ่งติดต่อสะดวก Contact Telephone Number	บ้าน Home	ที่ทำงาน Office	มือถือ Mobile phone

## รายละเอียดของการเรียกร้อง Nature of claim and related details

1. เรียกร้องค่าชดเชยโรคร้ายแรงด้วยโรค Name of the Critical illness you are Claiming for.	1.
2. อาการของโรค Describe the symptom from date of onset.	2.
3. อาการเหล่านี้ท่านเป็นมานานเท่าไร ก่อนปรึกษาแพทย์ครั้งแรก How long have you been having these symptoms from the date of your first consultation.	3.
4. วันที่ปรึกษาแพทย์ครั้งแรก Date of first consultation.	4.
5. ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับโรคนี้อันแรก 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 Doctorที่อยู่  
Addressเบอร์โทรศัพท์  
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 Doctorที่อยู่  
Addressวันที่ (วัน/เดือน/ปี)  
Date (MM/DD/YY)

ก.

ข.

ค.

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

ชื่อโรงพยาบาล  
Name of Hospitalวันที่เข้าโรงพยาบาล (วัน/เดือน/ปี)  
Date of Admission (MM/DD/YY)วันที่ (วัน/เดือน/ปี)  
Date (MM/DD/YY)

ก.

ข.

ค.



C10700

**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. \_\_\_\_\_  
ค. \_\_\_\_\_

10. ท่านมีญาติที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคนี้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้อหรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ  ไม่มี  มี  
Has any your blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please give full details.

ความสัมพันธ์ Relationship of relative	อาการเจ็บป่วย Nature of illness	วันที่วินิจฉัย (วัน/เดือน/ปี) Date of diagnosis (MM/DD/YY)
ก. _____	_____	_____
ข. _____	_____	_____
ค. _____	_____	_____

11. ท่านได้รับความคุ้มครองโรคร้ายแรงหรือผลประโยชน์เกี่ยวกับโรคนี้อันที่บริษัทประกันอื่นๆด้วยหรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ  ไม่มี  มี  
Has any your blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please give full details.

ชื่อบริษัท Name of Insurer	หมายเลขกรมธรรม์ Policy Number	ประเภท Type of Benefit	จำนวนเงิน Amount of Benefit
ก. _____	_____	_____	_____
ข. _____	_____	_____	_____
ค. _____	_____	_____	_____

**คำรับรอง**  
**Declaration**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามเหล่านี้ตามความจริง  
I declare that the answers given above are true and complete.

( _____ ) พยาน Witness	( _____ ) ลายมือชื่อผู้เอาประกัน / ผู้เรียกร้อง Signature of Insured / Claimant	( _____ ) พยาน Witness
------------------------------	---	------------------------------

**ใบมอบอำนาจ**  
**Authorization**

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, บริษัทประกันชีวิตหรือองค์กร, สถานพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษา และสำเนาทึกรของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อบริษัท เอไอเอ จำกัด หรือผู้แทนของบริษัทได้ อนึ่งสำเนาของใบมอบอำนาจนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any doctor, hospital, clinic, insurance company or other organization, institution or person that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to the AIA Company Limited or its representative any and all information about me with reference to my health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. This authorization shall irrevocably bind my successors and assign and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and a copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

( _____ ) พยาน Witness	( _____ ) ลายมือชื่อผู้เอาประกัน / ผู้เรียกร้อง Signature of Insured / Claimant	( _____ ) พยาน Witness
------------------------------	---	------------------------------

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

