



## ถ้อยแถลงของผู้เรียกร้องค่าชดเชย Claimant's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยผู้เรียกร้องค่าชดเชย Must be completed by Claimant.

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.  
Insured's Name ..... Age ..... Year Height ..... Cm. Weight ..... Kg.

ข. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกัน .....  
Insured's Address .....

ค. เบอร์โทรศัพท์มือถือของผู้เอาประกัน ..... ง. อีเมลของผู้เอาประกัน .....  
Insured's Mobile Phone ..... Insured's E-Mail .....

จ. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ  
State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity.  
.....

ฉ. กรุณาระบุอาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านขณะเกิดการทุพพลภาพ  
State briefly your occupation and responsibility at time disability commenced.  
.....

ช. วันที่เริ่มทุพพลภาพ: ..... วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด: .....  
What date did you begin this disability? ..... What date did you stop all work? .....

ซ. วันที่ (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งในธุรกิจของท่าน  
What date did you or (approximately) will you first attend to any business duties?  
.....

ณ. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับกรทุพพลภาพนี้ Physician consulted for this disability

ชื่อ Name	สถานพยาบาล Hospital / Clinic	ตั้งแต่ Since	จนถึง Until	ชนิดของการรักษา Character of treatment

### ญ. การดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life

รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ Dependent with physical assistance	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย Dependent with assistive device	ทำตัวเอง Totally independent
1. ความสามารถในการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้/เตียงนอน Ability to move in and out from bed or chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง Ability to move from room to room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง Ability to dress or undress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย Ability to wash or bath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความสามารถในการรับประทานอาหาร Ability to feed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย Ability to attend the toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ข้อมูลเพิ่มเติม: Additional Information				

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

( ..... )  
ลายมือชื่อของกรมธรรม์ประกันภัย/เจ้าของบัญชี  
Signature of Policy Owner or Bank Account Owner

( ..... )  
ลายมือชื่อผู้เอาประกันหรือผู้เรียกร้องค่าชดเชย  
Signature of Insured or Claimant

( ..... )  
ลายมือชื่อพยาน  
Signature of Witness

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

( ..... )  
ลายมือชื่อพยาน  
Signature of Witness

### การแจ้งความประสงค์ขอรับค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)

โดยจากนี้ไปขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำเงินค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทุกกรมธรรม์ ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงนี้ เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามที่ระบุดังต่อไปนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของข้าพเจ้า (แบบสำเนาบัตรประชาชน)  หรือ

บัญชีธนาคาร (แบบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร) ชื่อธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... เลขที่.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ และยินยอมให้เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด



C10900

ใบแสดงความเห็นของแพทย์  
Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ  
Must be completed by doctor at Claimant's expense.

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน: ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.  
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ  
State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ  
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันภายได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ  
State briefly the character of treatment since the disability occurred.

จ. การวินิจฉัย:  
Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ:  
Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่: ..... จนถึง: ..... ที่: .....  
Treatment render by you since Until At

ชนิดของการรักษา:  
Character of treatment

ข. การตรวจร่างกาย Physical Examination						
1. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right	Grade: 0 I II III IV V	Leg	Right	Grade: 0 I II III IV V
		Left	Grade: 0 I II III IV V		Left	Grade: 0 I II III IV V
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious		
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding			
4. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia	<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia			
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance	<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent			
6. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ ..... Dependent with gait aid .....	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent			
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Difficult	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้ Unable			
8. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable			
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled			
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving	<input type="checkbox"/> คงที่ Stationary	<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor			
11. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment						

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย: ..... ลายมือชื่อ: .....  
Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1: ..... คุณวุฒิ: ..... วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา: .....  
Thailand's Medical Registration No. Qualification Specialty

ชื่อของสถานพยาบาล: ..... หมายเลขโทรศัพท์: ..... วันที่ตรวจ: .....  
Name of Hospital Telephone No. Date of Examination