



**บริษัท เอไอเอ จำกัด**  
**แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง**  
**CRITICAL ILLNESS CLAIMS FORM**

**ส่วนที่ 1** กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์โดยผู้เอาประกัน / 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 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			อายุ Age	ปี year
ที่อยู่ซึ่งติดต่อสะดวก Correspondence Address							
อีเมล E-Mail							
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 และหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับโรคนี้ครั้งแรก 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 Doctor

ที่อยู่  
Address

เบอร์โทรศัพท์  
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 Doctor

ที่อยู่  
Address

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

ก.

ข.

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

ชื่อโรงพยาบาล  
Name of Hospital

วันที่เข้าโรงพยาบาล (วัน/เดือน/ปี)  
Date of Admission (MM/DD/YY)

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

ก.

ข.

**รายละเอียดทั่วไป / General Information**

9. ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่? ถ้า "มี" โปรดระบุ  
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.

ไม่มี

มี

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 (MM/DD/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. \_\_\_\_\_

**คำรับรอง / Declaration**

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

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )  
 พยาน ลายมือชื่อผู้เอาประกัน / ผู้เรียกร้อง พยาน  
 Witness Signature of Insured / Claimant Witness

**การแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)**  
 โดยจากนี้ไปขอให้บริษัท เอ ไอเอ จำกัด นำเงินสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทุกกรมธรรม์ ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนวนนี้  
 เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า ตามที่ระบุดังต่อไปนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)  
 บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใส่เลขที่บัตรประชาชนของของข้าพเจ้า (แนบสำเนาบัตร \_\_\_\_\_ ประชาชน)หรือ  
 บัญชีธนาคาร (แนบสำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคาร) ชื่อธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... เลขที่.....  
 .....  
 ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าแจ้งความจำนวนขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เอ ไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ  
 และยินยอม  
 ให้เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่าน  
 บัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด  
 ลงชื่อ..... เจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย/เจ้าของบัญชี (กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ให้ไว้กับบริษัท)  
 ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ..... พยาน วันที่ .....

**ใบมอบอำนาจ / Authorization**

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, บริษัทประกันชีวิตหรือองค์กร, สถานพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า  
 มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษา และสำเนานบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า  
 ต่อบริษัท เอ ไอเอ จำกัด หรือผู้แทนของบริษัทได้อันนี้สำหรับนำค่าของใบมอบอำนาจนี้ ให้ถือว่าผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ  
 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 ลายมือชื่อผู้เอาประกัน / ผู้เรียกร้อง พยาน  
 Witness Signature of Insured / Claimant Witness  
 วันที่ (วัน/เดือน/ปี) / Date (MM/DD/YY)



