



บริษัท เอไอเอ จำกัด

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชยโรคร้ายแรง CRITICAL ILLNESS CLAIMS FORM

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

ชื่อ / นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Insured's Name		
กรมธรรม์เลขที่ Policy number		
เลขที่บัตรประชาชน Identification Number	<input type="text"/>	อายุ Age
ปี year	<input type="text"/>	เพศ Gender
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address		
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ Mobile Number	อีเมล Email Address	

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 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 (DD/MM/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 (DD/MM/YY)	วันที่ (วัน/เดือน/ปี) Date (DD/MM/YY)
ก. _____	_____	_____
ข. _____	_____	_____

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. _____

10. ท่านมีญาติที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคนี้หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้หรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ ไม่มี มี
 Have 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 (DD/MM/YY)

ก. _____
 ข. _____

11. ท่านได้รับความคุ้มครองโรคร้ายแรงหรือผลประโยชน์เกี่ยวกับโรคนี้ที่บริษัทประกันอื่นๆด้วยหรือไม่? ถ้า “มี” โปรดระบุ ไม่มี มี
 Have 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. _____

การส่งคำบอกกล่าวใดๆ ตามสัญญาประกันภัยเมื่อบริษัทได้ทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นไปยังที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email Address) หมายเลขโทรศัพท์ที่มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ แจกไว้แล้วให้ถือว่าวันที่ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือวันที่ส่งข้อความทางโทรศัพท์ที่เป็นวันที่ได้มีการส่งหนังสือ ข้อมูล หรือคำบอกกล่าวใดๆ และถือว่าผู้เอาประกันภัยหรือเจ้าของกรมธรรม์ ได้รับคำบอกกล่าวโดยชอบแล้ว ณ วันที่ส่ง

การแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)

โดยจากนี้ไป ขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำเงินสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทุกกรมธรรม์ ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงนี้ เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า ตามที่ระบุดังต่อไปนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

- บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของข้าพเจ้า (แนบสำเนาบัตรประชาชน)
- บัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร) ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี เลขที่

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ และยินยอมให้เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด
 หมายเหตุ : ลายมือชื่อเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / เจ้าของบัญชี (กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท)

หนังสือให้ความยินยอม / Authorization

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุมความสัมพันธ์

(_____) (_____) (_____)
 ลายมือชื่อพยาน ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง ลายมือชื่อพยาน
 Witness Signature of Insured / Claimant Witness

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



C11000

ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed for all critical illness to be claimed by Doctor at insured's expense

ชื่อผู้ป่วย: นาย / นาง / นางสาว Patient's Name: Mr. / Mrs. / Miss	HN:
เลขที่บัตรประชาชน Identification Number	AN:
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □ □□□□ □□□□□ □□ □ อายุ _____ ปี Age _____ year </div>	XN:

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป
Part II General Information

a. Are you the Insured's usual medical physician? If "YES", over what period do your records extend? _____	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. When were you first consulted for this illness? What were the symptoms and at that time how long had they been present? _____	_____ DD/MM/YY	
c. Has the Insured previously suffered from the illness or any related condition? If "YES", please give dates of consultations and the resulting diagnosis. _____	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d. On which date was the diagnosis made? _____	_____ DD/MM/YY	
e. Is there anything in the Insured's family history which would have increased the risk of illness? If "YES", please give details of the Insured's family history	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Details of Diagnosis
Please provide full and exact details of the diagnosis

Other/Additional Information

Please provide names, addresses and dates of doctors and hospitals, which the Insured has been referred and/or admitted to
