

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพ
(Personal Accident and Health Insurance Claim Forms)

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย Name	อายุ Age	อาชีพ Occupation
เลขที่บัตรประชาชน/อื่น ๆ (โปรดระบุ) ID Card/Other (please specify)	ประเภทผลิตภัณฑ์ Product Name	หมายเลขบัตร/เลขที่กรมธรรม์ No. of Card/Policy No.
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Current Address	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Phone no.	
บริษัทประกันภัยอื่น ๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ) Other insurers (if any, please specify)		
ลักษณะของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุ โดยสังเขป Brief details of how the accident occurred / illness		

สถานที่เกิดเหตุ Place of accident	วันที่เกิดเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time
การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน As a result of this illness or accident	<input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน Previously treated	<input type="checkbox"/> เคยรักษามาก่อนที่ เมื่อวันที่ Never treated When
กรุณาจ่ายสินไหมโดย Please pay compensation by	<input type="checkbox"/> เช็คสั่งจ่าย Cheque	<input type="checkbox"/> โอนเงินบัญชีธนาคาร (โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น) Transfer to Bank Account (please attached a copy of book bank of insured only)
ชื่อบัญชีธนาคาร Bank Account Name	ชื่อบัญชีธนาคาร Bank Account No.	สาขา Branch

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนเพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วนตามรายการด้านล่างนี้
The required documents for claim compensations in order to speedy in handling claims, please send all required documents completely as listed below.

<p>กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงสูญเสียอวัยวะและสายตา Dismemberments / Loss of sight / Permanent Disability</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report</p> <p><input type="checkbox"/> ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ (Copy of X-Ray results)</p> <p><input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิ (Photograph of Claimant)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา (Copy of Medical Record)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate</p>	<p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ กรณีผ่าศพพิสูจน์ Copy of Bodies Dissection results (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาการรับรองการเสียชีวิต รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Death Certificate (Certified by infirmary)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนานบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี Copy of Police report (Certified by officer on duty)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Death Certificate (Certified by government agencies)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of ID Card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate</p>
<p>กรณีเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Medical Expenses)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (Original of medical receipt)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน (Copy of ID card)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate</p>	
<p>หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีเอกสารนั้น จำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทฯ จะติดต่อท่านตามข้อมูลที่ได้รับข้างต้น (Remark: Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payments. The company will contact you as the details you provided above.)</p>	

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด ตรวจสอบเพิ่มประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่จำเป็นในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว เพื่อพิจารณา ความคุ้มครองตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย (I acknowledge the terms of the contract and certify that the above statement are true and correct. However, for insurance coverage consideration, I consent to the Company, Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited, to verify the patient history or any documents related the illness of accident.)

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย/ ผู้แจ้ง (Insured / Informant) _____ วันที่ (Date) _____

กรุณาส่งเอกสารมาที่	บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 898 อาคารเฉลิมจิตดาวเวอร์ ชั้น 1 โซน B ชั้น 7 โซน B ชั้น 8 โซน A และ B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18 โซน A ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 Call Center 1292 Tel: 02-6572999
Send documents to	Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited 898 Ploenchit Tower, 1st Floor Zone B, 7th Floor Zone B, 8th Floor Zone A and B, 9th Floor Zone A2 and B2, 18th Floor Zone A, Ploenchit Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330 Call Center 1292 Tel: 02-6572999