แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนค่าชดเชยรายวันกรณีไม่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

HB Incentive Claim Reimbursement Form

Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited

วันที่ / Date ....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นส. .... กรมธรรม์ประกันเลขที่ ....

Customer Name. Mr. / Mrs. / Ms. **Policy No.**

บริษัท .... เลขที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับอื่นที่มีกับอลิอันซ์ อยุธยา ....

Company Name **Other Allianz Ayudhya's Policy No.**

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง .... หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ

ID Card Number / Passport Number **Telephone No. ……………………......................................**

Email:……………………………………………………………………………

ขอรับเงินค่าชดเชยรายวันจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกรณีไม่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามรายละเอียดดังนี้ :-

Would like to submit the following information to claim for HB incentive of in-patient medical expenses :-

ลำดับ **Item**	โรงพยาบาล **Hospital Name**	วันที่เข้าร.พ. **Admission Date**	วันที่ออกจากร.พ. **Discharge Date**	จำนวนวัน **(Days)**
			รวมจำนวนวัน / Total Days	

วิธีการรับเงิน / Receipt Method

บริษัทจะดำเนินการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามวิธีการรับค่าสินไหมทดแทนที่ท่านได้ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย หรือตามที่ท่านได้มีการยื่นขอเปลี่ยนแปลงไว้ล่าสุด (ถ้ามี) ทั้งนี้ หากท่านประสงค์จะเปลี่ยนวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน หรือ เปลี่ยนหมายเลขบัญชีธนาคารในการรับค่าสินไหม ขอให้ท่านกรอกแบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์ (F-MA-20) และนำส่งมาพร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาลนี้ โดยทางบริษัทจะดำเนินการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

The Company will proceed the claim payment according to the method of receiving claim payment that you have specified in the insurance application form or you have recently submitted a change request (if any). If you would like to change the method of receiving claim payment, bank or bank account number, please fill the request form for changing details of policy (F-MA-20) and send it together with this Claim Reimbursement Form. Then, the Company will proceed to change such detail.

เอกสารประกอบการเบิกค่าสินไหมทดแทน (1) สำเนาใบเสร็จรับเงินและใบสรุปค่าใช้จ่ายที่มีตราประทับว่ามีการอนุมัติจ่ายค่าสินไหมทดแทนโดยองค์กร สวัสดิการ และ/หรือ ประกันส่วนอื่นๆมาแล้ว (2) สำเนาใบรับรองแพทย์ (3) สำเนาบัตรประชาชนหรือพาสปอร์ต (4) สำเนาใบสรุปการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้

The documents required for claim reimbursement (1) Copy of the Receipt and Summary of Medical Expenses with a stamp of an approved claim by other organization(s) welfare and/or other insurer(s) (2) Copy of Medical certificate (3) Copy of National ID Card or Passport (4) Copy of Physician's Attending Report filled by a Physician in charge of the patient

วิธีจัดส่งเอกสาร / Document Method

☐ มารับด้วยตัวเอง / Walk in ☐ ส่งทางไปรษณีย์ / By Post

ชื่อผู้รับ / Name .... ที่อยู่ / Address ....

....

☐ ตัวแทนหรือนายหน้า ชื่อ / Agent or Broker Name ....

รหัส / Code No. .... เลขที่บัตรประชาชน / ID Card No. ....

วันที่หมดอายุ / Expiry Date ....

ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในสำหรับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้จากกรมธรรม์ประกันภัยของอลิอันซ์ อยุธยาทุกประเภท (ทั้งกรมธรรม์แบบรายบุคคล และ/หรือ กรมธรรม์แบบกลุ่ม) ภายหลังจากการได้รับค่าชดเชยรายวันกรณีไม่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I hereby to forfeit the right to claim In-Patient medical expenses from any Allianz Ayudhya insurance policies (individual and/or group) after receiving the benefit of "HB Incentive in case of No Claim" according to the conditions of insurance policy. I hereby confirm that all the information written above is true.

ลงชื่อ / Signature Name ....

ผู้เอาประกันภัย / Insuered person ( )