

Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited

Date _____

ข้าพเจ้า Member name นาย Mr. นาง Mrs. นางสาว Miss _____ กรมธรรม์เลขที่ Contract no. _____

หมายเลขบัตรประชาชน หรือ หมายเลขหนังสือเดินทาง National ID/Passport number for foreigners (compulsory) _____

หมายเลขโทรศัพท์ Tel No. _____ Email _____

ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารและใบเสร็จรับเงินดังนี้:

I Would like to submit the following original document(s) for claim reimbursement:

ลำดับ Item	โรงพยาบาล / คลินิก Hospital / Clinic Name	เลขที่ใบเสร็จรับเงิน Receipt No.	ลงวันที่ Issue Date	การรักษาต่อเนื่อง Follow-Up Treatment	จำนวนเงิน Amount

ข้าพเจ้าต้องการเอกสารที่ส่งมาเรียกร้องคืน / Document return: ต้องการ Yes ไม่ต้องการ No

กรณี “ต้องการ” กรุณาระบุวิธีการรับเอกสาร/ If “Yes”, please provide document delivery method

มารับด้วยตัวเอง Self pick-up

ส่งมอบให้ตัวแทน/นายหน้าประกันวินาศภัย / Service by Agent/ Broker : ชื่อ Name _____

ส่งทางไปรษณีย์ Sent by Post :ที่อยู่ Address _____

คำแถลงเพื่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล - คำแถลงนี้ต้องได้รับการลงนามโดยผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจปกครองในกรณีที่ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปี

Data Protection Declaration – The declaration must be signed by the patient or the main member if the patient is a dependent under the age of 20.

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความทั้งหมดในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้เป็นจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้อความในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้เป็นเท็จไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน บริษัทอาจจะปฏิเสธการพิจารณาขอใช้สินไหมได้ declare that all details provided in this Claim Reimbursement form are true and correct.

2. ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจและยินยอมให้แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ โรงพยาบาล คลินิก โดยบุคคลใดหรือสถานพยาบาลใด ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับสังเกตการณ์หรือตรวจรักษา หรือบริษัทประกันภัยอื่นใด หรือองค์กร ซึ่งมีบันทึกหรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ว่าด้วยเหตุใด ได้ให้รายละเอียดทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น รวมถึงประวัติสุขภาพในอดีตทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาใดๆ หรือบริการอื่นๆ ที่ได้ให้แก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกที่ได้รับความคุ้มครองซึ่งเป็นผู้อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาสินไหมในครั้งนี้อย่าง อลิอันซ์ อยุธยา หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจจาก อลิอันซ์ อยุธยา โดยสำเนาของการมอบอำนาจนี้ถือให้มีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize and provide my consent for the following to provide full particulars of medical treatment/services, and prior medical history, for the purpose of considering the reimbursement of the claims listed in this form: medical practitioners; hospitals and clinics; other insurance companies or organizations that may have medical information related to me and/or my dependents. A copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

3. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองไม่สามารถให้ข้อมูลใดๆ ตามที่ได้รับการร้องขอในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ หรือเพิกถอนความยินยอมนี้ จะเป็นเหตุให้ อลิอันซ์ อยุธยา ไม่สามารถสามารถรับและพิจารณาสินไหมดังกล่าวได้

I understand that if I and/or my dependents fail to provide any information requested in this Claim Reimbursement form, Allianz Ayudhya may be unable to accept or process the relevant claim(s).

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้ อลิอันซ์ อยุธยา เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ หรือประวัติการรักษาพยาบาล รายงานทางการแพทย์ของข้าพเจ้าและ/หรือของสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนหรือนายหน้าประกันวินาศภัยที่ได้รับอนุญาต (ถ้ามี) หรือบุคคลภายนอกที่ได้รับอนุญาตบริษัทตรวจสอบด้านสินไหม และสมาคมด้านการประกันภัย) เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาสินไหมตามแบบฟอร์มนี้และให้บริการต่อเนื่องและการวิเคราะห์ด้านสินไหมหรือให้ข้อมูลสินค้าและบริการด้านประกัน อื่น ๆ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อติดต่อแจ้งข่าวสารต่อข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว

I understand and give explicit consent that all personal information pertaining to myself and/or my dependents may be collected, held and disclosed by Allianz Ayudhya, an authorized agent/broker, or authorized third party (in Thailand or other country, and including reinsurance companies, claims investigation companies, and insurance associations) for the purpose of processing claims or providing other related services (claim analysis, data matching).

5. ข้าพเจ้ารับทราบ และได้แจ้ง “คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของ อลิอันซ์ อยุธยา” แล้ว ตาม QR Code ด้านล่างต่อสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองแล้ว (ถ้ามี)

I understand that if this Claim Reimbursement form is found to be fraudulent, in whole or in part, Allianz Ayudhya is entitled to reject the claim(s).



ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมหลักฐานประกอบการเรียกร้องอย่างสมบูรณ์ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน มายัง ฝ่ายสินไหมประกันสุขภาพ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 898 อาคารเพลนิจิตทาวเวอร์ ถนนเพลนิจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร. 1292

Please return the completed form with supporting documents, by registered post or hand delivered to A&H Claims Department., Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited. 898 Ploenchit Tower, Ploenchit Road, Khwang Lumpini, Khet Pathumwan, Bangkok 10330 Tel 1292

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกัน

Signed (_____) Insured

ขั้นตอนการรับเงินค่าสินไหม

- กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง
- 1. ระบุรายละเอียดในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้ครบถ้วน และเซ็นชื่อรับทราบข้อตกลง พร้อมแนบสำเนาบัตรสมาชิก
- 2. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาทั้งหมด
- 3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
 - วันที่ทำการรักษา
 - ชื่อผู้ป่วยที่เป็นผู้เอาประกันกับอลิอันซ์ อยุธยา
 - ค่ารักษาพยาบาล (Breakdown of charges)กรณีสมาชิก ได้รับการชดเชยจากรัฐสวัสดิการหรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว อนุโลมให้สมาชิก ส่งสำเนาใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายจากรัฐสวัสดิการนั้น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากอลิอันซ์ อยุธยา ได้
- 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือพาสปอร์ตพร้อมรับรองสำเนา
- 5. กรุณาแนบบันทึกยืนยันสิทธิ์หรือใบรับรองผลประโยชน์คุ้มครอง (Pre-authorization confirmation) ที่ออกให้โดยอลิอันซ์ อยุธยา (ถ้ามี)

Claims Procedures

- Please check if you have done the following before claim submission:
- 1. Sign and complete this Claim Reimbursement Form and attach a copy of Allianz Ayudhya member card.
 - 2. Medical certificate signed by the treating doctor stating all the symptoms, diagnosis and the treatment given.
 - 3. Original receipts must clearly indicate the following information, and be signed and stamped by the medical provider:
 - Treatment date;
 - Name of patient;
 - Breakdown of charges.If the Member has been indemnified by the government welfare or other welfares, the Member shall submit a copy of the receipt certifying the paid amount by such welfare to further claim the remaining amount from Allianz Ayudhya.
 - 4. Copy of ID card or Passport.
 - 5. Attach pre-authorization confirmation issued by Allianz Ayudhya (if any).

For UltraCare Plan/ FlexCare Plan

บริษัทจะจ่ายค่าสินไหมให้แก่

- ผู้เอาประกันภัย กรณีผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย) อายุ 20 ปี ขึ้นไป
- ผู้ถือกรมธรรม์ กรณีผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย) อายุต่ำกว่า 20 และเป็นผู้ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ หรือ
- บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ในกรณีที่เป็นผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย) เป็นผู้ถือกรมธรรม์ อายุต่ำกว่า 20

ถ้าใช่, กรุณาระบุชื่อบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย: _____

เชื่ค โอนเงินบัญชีธนาคาร, กรุณาระบุรายละเอียด:

บัญชีธนาคาร : _____

ชื่อบัญชี : _____ เลขที่บัญชี : _____

สกุลเงิน : _____ SWIFT: _____

IBAN: _____

We will only issue payment to:

- the patient if they are 20 or over;
- the planholder if the patient is under 20 and is a dependant under the plan; or
- the parent or legal guardian named as the planholder if the patient is the main member and is under 20.

If yes, please give parent or legal guardian name: _____

Cheque Transfer to bank account, please provide details:

Bank name: _____

Bank account name: _____ Bank account number: _____

Account currency: _____ SWIFT _____

IBAN: _____