Allianz AYUDHA

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพ

(Personal Accident and Health Insurance Claim Forms)

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ อาชีพ

Name Age Occupation

เลขที่บัตรประชาชน/อื่น ๆ (โปรดระบุ) ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายเลขบัตร/เลขที่กรมธรรม์

ID Card/Other (please specify) Product Name No. of Card/Policy No.

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

Current Address Phone no.

บริษัทประกันภัยอื่น ๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ)

Othter insurers (if any, pleas specify)

ลักษณะของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุ โดยสังเขป

Brief details of how the accident occurred / illness

สถานที่เกิดเหตุ วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ

Place of accident Date of Accident Time

การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน ☐ เคยรักษามาก่อนที่ เมื่อวันที่

As a result of this illness or accident Previously treated Never treated When

กรุณาจ่ายสินไหมโดย ☐ เช็คสั่งจ่าย ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัยท่านนั้น)

Please pay compensation by Cheque Transfer to Bank Account (please attached a copy of book bank of insured only)

ชื่อบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชีธนาคาร สาขา

Bank Account Name Bank Account No. Branch

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วนตามรายการด้านล่างนี้

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

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะและสายตา

Dismemeberments / Loss of sight / Permanent Disability

- ☐ ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน
  Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report
- ☐ ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ (Copy of X-Ray results)
- ☐ รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิ (Photograph of Claimment)
- ☐ สำเนาประวัติการรักษา (Copy of Medical Record)
- ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย
  Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate

กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expeses)

- ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report)
- ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (Original of medical receipt)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of ID card)
- ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย
  Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate

หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีที่เอกสารนั้น จำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทจะติดต่อกับท่านตามข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้น

(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.)

กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)

- ☐ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้
  Copy of Autophy report (Certified by related organization)
- ☐ สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ กรณีผ่าศพพิสูจน์
  Copy of Bodies Dissection results (Certified by related organization)
- ☐ สำเนาการรับรองการเสียชีวิต รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้
  Copy of Death Certificate (Certified by infirmary)
- ☐ สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
  Copy of Police report (Certified by officer on duty)
- ☐ สำเนาใบมรณะบัตร รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้
  Copy of Death Certificate (Certified by government agencies)
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
  Copy of residental registeration of the dead and the beneficiary
  (Certified true copy)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
  Copy of ID Card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)
- ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย
  Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ **บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด ตรวจสอบแฟ้มประวัติ** ผู้ป่วยหรือเอกสารที่จำเป็นในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว เพื่อพิจารณาความคุ้มครองตามเงื่อนไขของการประกันภัย (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 อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 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 Limited898 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