



บริษัท เอไอเอ จำกัด

ถ้อยแถลงของผู้เรียกร้องค่าชดเชย (Claimant's Statement)

กรุณารอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยผู้เรียกร้องค่าชดเชย

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ข. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

ค. หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

ง. อีเมล

จ. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

ฉ. กรุณาระบุอาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านขณะเกิดการทุพพลภาพ

ช. วันที่เริ่มทุพพลภาพ:

วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด:

ซ. วันที่ (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งในธุรกิจของท่าน

ณ. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้

ชื่อ	สถานพยาบาล	ตั้งแต่	จนถึง	ชนิดของการรักษา

ญ. การดำเนินกิจวัตรประจำวัน

รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย	ทำได้เอง
1. ความสามารถในการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้ /เตียงนอน	☐	☐	☐	☐
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง	☐	☐	☐	☐
3. ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง	☐	☐	☐	☐
4. ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย	☐	☐	☐	☐
5. ความสามารถในการรับประทานอาหาร	☐	☐	☐	☐
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย	☐	☐	☐	☐
7. ข้อมูลเพิ่มเติม:				

การส่งคำบอกกล่าวใดๆ ตามสัญญาประกันภัยเมื่อบริษัทได้ทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นไปยังที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email Address) หมายเลขโทรศัพท์ที่มีสิทธิเรียกร้องตามกฎหมายแล้ว แจ้งไว้แล้วให้ถือว่าวันที่ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือวันที่ส่งข้อความทางโทรศัพท์เป็นวันที่ได้มีการส่งหนังสือ ข้อมูล หรือคำบอกกล่าวใดๆ และถือว่าผู้เอาประกันภัยหรือเจ้าของกรมธรรม์ ได้รับคำบอกกล่าวโดยชอบแล้ว ณ วันที่ส่ง

การแจ้งความประสงค์ขอรับค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ตามกฎหมายผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)

โดยจากนี้ไปขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำเงินค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นในทุกกรมธรรม์ ที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่บริษัทอนุมัติหนังสือแจ้งความจำนงค์นี้ เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า ตามที่ระบุดังต่อไปนี้ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

☐ บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของข้าพเจ้า (แนบสำเนาบัตรประชาชน)

☐ บัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร) ชื่อธนาคาร..... ชื่อบัญชี เลขที่

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงค์ขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ และยินยอมให้ เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ตามกฎหมายผ่านบัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด

หมายเหตุ : ลายมือชื่อเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / เจ้าของบัญชี (กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท)

หนังสือให้ความยินยอม/ Authorization

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

ลายมือชื่อเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย/เจ้าของบัญชี

ลายมือชื่อผู้เอาประกันหรือผู้เรียกร้องค่าชดเชย

()
ลายมือชื่อพยาน

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)
Date (DD/MM/YY)

()
ลายมือชื่อพยาน



C10900

ใบแสดงความเห็นของแพทย์ Attending Physician's Statement

กรณารอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 (หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ)

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน: อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ
State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ
State briefly the character of treatment since the disability occurred.

จ. การวินิจฉัย:
Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ:
Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ จนถึง: ที่:
Treatment render by you since Until At

ชนิดของการรักษา:
Character of treatment

ข. การตรวจร่างกาย Physical Examination																		
1. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right	Grade:	0	I	II	III	IV	V	Leg	Right	Grade:	0	I	II	III	IV	V
		Left	Grade:	0	I	II	III	IV	V		Left	Grade:	0	I	II	III	IV	V
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	☐ รู้สึกตัว Alert			☐ สับสน Confuse			☐ สลึมสลือ Drowsy			☐ ไม่รู้สึกตัว Unconscious								
3. ความสามารถในการฟัง Listening	☐ ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding			☐ มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding			☐ ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding											
4. ความสามารถในการพูด Speaking	☐ พูดเหมือนปกติ Normal			☐ มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia			☐ พูดไม่ได้เลย Motor aphasia											
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	☐ ทำได้เอง Totally independent			☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance			☐ ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent											
6. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	☐ เดินได้เอง Totally independent			☐ เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ Dependent with gait aid			☐ เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent											
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper			☐ มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Difficult			☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้ Unable											
8. ความสามารถในการทำงาน Working	☐ ทำงานได้ Able			☐ ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance			☐ ไม่สามารถทำงานได้ Unable											
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	☐ ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled			☐ ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable			☐ ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled											
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	☐ ดีขึ้น Improving			☐ คงที่ Stationary			☐ แย่ลง Poor											
11. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment																		

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย: Name of Physician	ลายมือชื่อ: Signature	
หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1: Thailand's Medical Registration No.	คุณวุฒิ: Qualification	วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา: Specialty
ชื่อของสถานพยาบาล: Name of Hospital	หมายเลขโทรศัพท์: Telephone No.	วันที่ตรวจ: Date of Examination