

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพ
(Personal Accident and Health Insurance Claim Forms)

ชื่อ-สกุลผู้ประกันภัย	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)		
Other insurers (if any, please 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
As a result of this illness or accident	Previously treated	Never treated
กรุณาจ่ายสินไหมโดย	☐ เช็คส่งจ่าย	☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้ประกันภัยท่าน)
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 Dismemberments / Loss of sight / Permanent Disability ☐ ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสีย โดยชัดเจน Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report ☐ ผลเอกซเรย์ (Copy of X-Ray results) ☐ รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิ (Photograph of Claimant) ☐ สำเนาประวัติการรักษา (Copy of Medical Record) ☐ สำเนาบัตรประชาชน/สำเนากฎบัตรกรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate	กรณีเสียชีวิต (Loss of Life) ☐ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Autopsy report (Certified by related organization) ☐ สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ กรณีผ่าศพพิสูจน์ Copy of Bodies Dissection results (Certified by related organization) ☐ สำเนารับรองการเสียชีวิต รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้ Copy of Death Certificate (Certified by infirmary) ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of residential registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy) ☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) Copy of ID Card of the dead and the beneficiary (Certified true copy) ☐ สำเนาบัตรประชาชน/สำเนากฎบัตรกรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate
กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expenses) ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report) ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (Original of medical receipt) ☐ สำเนาบัตรประชาชน (Copy of ID card) ☐ สำเนาบัตรประชาชน/สำเนากฎบัตรกรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate	
หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทจะติดต่อท่านตามข้อมูลที่ได้รับข้างต้น (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.)	

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ บมจ.ศรีอยุธยา เจเนอรัล ประกันภัย ตรวจสอบเพิ่มเติม
ผู้ป่วยหรือเอกสารที่แจ้งเป็นการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว เพื่อพิจารณาความคุ้มครองตามเงื่อนไขของกรมประกันภัย (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, Sri Ayudhya General Insurance Plc., 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 อาคารเพนทอนเจ็ด ชั้น 1 โซน B ชั้น 7 โซน B ชั้น 8 โซน A และ B ชั้น 9 โซน A2 และ B2 ชั้น 18 โซน A ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร 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