



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 / เติงนอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อผ้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความสามารถในการรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ข้อมูลเพิ่มเติม:				

การส่งค่าบอกกล่าว ตามสัญญาประกันภัยเมื่อบริษัทได้ทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในเรื่องนั้นไปยังที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email Address) หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ แจ้งไว้แล้วให้ถือว่าวันที่ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือวันที่ส่งข้อความทางโทรศัพท์เป็นวันที่ได้มีการส่งหนังสือ ข้อมูล หรือค่าบอกกล่าวใดๆ และถือว่าผู้เอาประกันภัยหรือเจ้าของกรมธรรม์ ได้รับค่าบอกกล่าวโดยชอบแล้ว ณ วันที่ส่ง

การแจ้งความประสงค์ขอรับค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร (AIAPAY)

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

บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของข้าพเจ้า (แนบสำเนาบัตรประชาชน) หรือ

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ และยินยอมให้ เอไอเอ บันทึกปรับปรุงข้อมูลเบอร์ติดต่อ และอีเมลเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารครั้งต่อไป ทั้งนี้เงื่อนไขการขอรับเงินค่าชดเชย หรือเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีพร้อมเพย์ หรือธนาคาร เป็นไปตามที่เอไอเอกำหนด

หมายเหตุ : ลายมือชื่อเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย / เจ้าของบัญชี (กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท)

หนังสือให้ความยินยอม/ Authorization

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

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

()

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)
Date (DD/MM/YY)

()

ลายมือชื่อพยาน

ลายมือชื่อพยาน



C10900

ใบแสดงความเห็นของแพทย์

Attending Physician's Statement

กรุณารอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ 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	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert		<input type="checkbox"/> สับสน Confuse				<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy				<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious								
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding				<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding				<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding										
4. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal				<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia				<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia										
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Totally independent				<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance				<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent										
6. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Totally independent				<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ Dependent with gait aid				<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent										
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper				<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Difficult				<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้ Unable										
8. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able				<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance				<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable										
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled				<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable				<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled										
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving				<input type="checkbox"/> คงที่ Stationary				<input type="checkbox"/> 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