

**บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด**

แผนกประกันหมู่ สำนักงานภาคประเทศไทย  
อาคาร เอ.ไอ. ทาวเวอร์ เลขที่ 181/19 ถนนสุขุมวิท  
กรุงเทพมหานคร  
โทร. 6348888

สำหรับ เอ. ไอ. เอ.  
For AIA Use  
Prem. paid to : .....  
01 : .....  
02 : .....  
03 : .....  
06 : .....  
09 : .....  
10 : .....

เลขประจำตัวพนักงาน	_____
วันที่เข้าทำงาน	_____
วันเดือนปีเกิด	_____

**ข้อแนะนำ - เพื่อให้การพิจารณาการเรียกร้องเป็นไปด้วยความรวดเร็ว**

1. แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกโดยพนักงานผู้เอาประกัน และแพทย์ผู้ตรวจรักษา
2. การเรียกร้องค่าชดเชยการรักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม จะต้องยื่นภายใน 20 วัน หลังจากที่ยอกจากโรงพยาบาล
3. ใบเรียกเก็บเงิน และใบเสร็จที่แยกรายการค่าใช้จ่ายตามจำนวนที่เรียกร้องจะต้องแนบ มาด้วย

ตอน 1 - พนักงานผู้เอาประกันเป็นผู้กรอก โดยสมบูรณ์

ชื่อนายจ้าง (บริษัท,ห้าง,ร้าน)		กรมธรรม์หมู่เลขที่	
ชื่อพนักงานผู้เอาประกัน		อายุ	เพศ
ชื่อผู้ป่วย (ที่ไม่ใช่พนักงาน) กรณีประกันคู่สมรสและบุตร		ความสัมพันธ์กับพนักงานผู้เอาประกัน	
อายุ	เพศ	อาชีพ หรือหน้าที่การงานของผู้ป่วย	
ท่านมีประกันกับบริษัทอื่นหรือไม่? โปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัย/ประเภทของการชดเชย			
ผู้ป่วย เคยได้รับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ถ้าเคย เมื่อใด <input type="checkbox"/> ไม่เคย		ชื่อ และที่อยู่ของแพทย์ที่เคยให้การรักษาผู้ป่วยมาก่อน	
ถ้าการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ โปรดแจ้งวันเวลาพร้อมทั้งรายละเอียดสั้น ๆ ของอุบัติเหตุ (หรือกรณีอุบัติเหตุผู้ป่วยนอก)			

**ใบมอบฉันทะให้ปรึกษาแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล**

ฉ. ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจให้รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามิใช่ผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เรียกร้อง/ผู้ป่วย อายุ 18 ปี และกว่านั้น                      ลายเซ็นพนักงาน                      ลงนามวันที่  
(กรณีประกันคู่สมรสและบุตร)

ตอน ๒ - ให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาเป็นผู้กรอก  
PART B To be completed by the Attending Physician

ชื่อผู้ป่วย Name of Patient	อายุ Age	เพศ Sex
การวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นเหตุให้ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล What was the diagnosis (please give medical terminology) which resulted in Hospitalization?		
สาเหตุ และพยาธิสภาพของโรคจากการวินิจฉัยโรคดังกล่าวข้างต้น Cause and pathology (if applicable) of the above diagnosis?		
การรักษา และ/หรือการผ่าตัด โปรดระบุประเภทของการผ่าตัดถ้ามี Treatment and/or surgery, if surgical operation was involved, please give type of the operation:		
อาการเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ Is condition congenital? <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No		
อาการเจ็บป่วยและการรักษาที่เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ คลอดบุตร แท้งบุตร หรือความยุ่งยากอื่นใด อันเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ Is condition and treatment thereof due to pregnancy, childbirth, miscarriage, or complications arising from pregnancy.  <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No  ถ้าใช่ โปรดแจ้งวันที่ใกล้เคียงที่สุดที่เริ่มตั้งครรภ์ If yes, please give approximate date of commencement of pregnancy.  <div style="text-align: center;">           _____            เดือน / วัน / ปี            M D Y         </div>		
ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล Period of Confinement in hospital  จาก เดือน / วัน / ปี ถึง เดือน / วัน / ปี From M D Y To M D Y  ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล Name and Address of hospital  _____ _____ โทร. _____	ลายเซ็นแพทย์ Physician's Signature _____  วุฒิ Qualification _____ (โปรดระบุวุฒิที่ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคด้วย)  ที่อยู่ Address _____ _____ โทร. _____	

สำหรับ เอ.ไอ.เอ.  
For AIA Use

เลขที่เรียกร้อง Claim No.	วันที่รับ Date of Receipt
------------------------------	------------------------------