



บริษัท เอไอเอ จำกัด

AIA Company Limited

ฝ่ายสินไหมประกันกลุ่ม อาคาร เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถ.สุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร. 0 2634 8888

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (Group Claim Form)

ข้อแนะนำ เพื่อให้การพิจารณาการเรียกร้องเป็นไปด้วยความรวดเร็ว (Consideration for outstanding reimbursement)

- การกรอกแบบฟอร์ม (Filling Claim Form)
 - แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยกรอกตอนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 หรือ 3 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล (Complete filling the information by insured, the physician and stamp hospital logo)
 - กรณีที่ไม่ได้นำแบบฟอร์มของบริษัทไปให้แพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 หรือ 3 จะต้องแนบใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันเข้า และออกจากโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค, สาเหตุของการรักษาพยาบาล, ประเภทของการรักษา และ/หรือการผ่าตัด แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้ (In case of incomplete claim form part II or part III filling by physician sick medical certificate which introduce of hospital stay diagnosis, type of treatment and operation can instead)
- เอกสารที่ต้องส่งให้บริษัท (Document for Reimbursement)
 - แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (Group claim form)
 - ใบรับรองแพทย์ (กรณีแพทย์ไม่ได้กรอกแบบฟอร์มตอนที่ 2 หรือ 3) (Certificate medical, incase of incomplete claim form part II or III)
 - ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ (ยกเว้นกรณีการใช้เครดิตโรงพยาบาล และการเรียกร้องผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล) (Original receipt, excepted use credit case and reimbursement of Hospital income benefit)
 - ใบบงสรุปค่ารักษาพยาบาล (กรณีนอนโรงพยาบาล) (Invoice bill, in case of Inpatient)
- ระยะเวลาการจัดส่งเอกสาร (Time Sending)
 - กรณีนอนโรงพยาบาล ขึ้นเอกสารภายใน 20 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล (In case of Inpatient submit to AIA within 20 days after discharged)
 - กรณีคนไข้นอก ขึ้นเอกสารภายใน 90 วันนับแต่วันที่ทำการรักษาพยาบาล (In case of Out patient submit to AIA within 90 days after treatment)

กรณารอกข้อมูลในช่อง



พร้อมแนบ

- ใบเสร็จ
- ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริงทั้งหมด) ทุกครั้งที่เบิกประกันกลุ่ม

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย (Part I - For Insured Member)

ชื่อ นายจ้าง (บริษัท, ห้าง, ร้าน, หน่วยงาน, กองทุนหมู่บ้าน) (Employer's name) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Group Policy No.) 102309 ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.)

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured member) อายุ (Age) ปี (years) เพศ (Sex)

ชื่อผู้ป่วย (Patient's name) อายุ (Age) ปี (years) เพศ (Sex)

มีประกันภัยแบบอื่นที่ประสงค์ใช้ร่วมหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ แบบ / ชื่อบริษัท เลขที่กรมธรรม์

(Do you have other insurance? If yes, please identify insurance type and insurer company) (Policy No.)

ใบมอบฉันทะให้สอบถามโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

Authorization to Consult Physician Hospital or Clinic
I here by authorize any physician, medical practitioner hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated, to give full particulars about my health including my whole medical history, to the AIA COMPANY LIMITED. A photo static copy of this authorization shall have the full effect to the original authorization.

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ ผู้เรียกร้อง (กรณีคู่สมรส/บุตร)
Signature Insured Member Signature Spouse or Child
(.....)
วันที่ (Date) วันที่ (Date)

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ กรณีรักษาพยาบาลแบบคนไข้นอก และอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Part II - For Physician In Case OPD / ER Acc (or EPOT) / AME (or ME)

ชื่อแพทย์ (Physician's Name) เลขที่ใบอนุญาตฯ (License No.)

ชื่อผู้ป่วย (Patient's Name) อายุ (Age) ปี (years) เพศ (Sex)

กรณีรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยแบบคนไข้นอก (OPD)
การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

วัน/เดือน/ปี ที่ทำการรักษาพยาบาล (Date of Treatment)

ลายเซ็นแพทย์ (Signature) วันที่ (Date) ปรตประทับตราสถานพยาบาล (Hospital Stamp)

กรณีรักษาพยาบาลแบบอุบัติเหตุฉุกเฉิน ER Acc (or EPOT) / AME (or ME)
วันที่เกิดอุบัติเหตุ (Date of Accident) เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ (Time of Accident)

วันที่ทำการรักษา (Date of Treatment) เวลาที่ทำการรักษา (Time of Treatment)

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ (Cause of Accident)

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (Organs of Accident)

วิธีการรักษาพยาบาล (Treatment)

ขณะเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดหรือไม่ () ไม่ใช่/No () ใช่/Yes
(Was the accident related to alcohol, drug abuse or addiction?)

ลายเซ็นแพทย์ (Signature) วันที่ (Date) ปรตประทับตราสถานพยาบาล (Hospital Stamp)