

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
 การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนั้น ท่าน ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษามาก่อนที่ เมื่อวันที่
 As a result of this illness or accident Previously treated Never treated When
 กรุณาจ่ายสินไหมโดย เช็คสั่งจ่าย โอนเข้าบัญชีธนาคาร (โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้ประกันภัยท่านนั้น)
 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.

<p>กรณีทุพพลภาพาวารถัมชีพสูญเสียอวัยวะและสายตา Dismemberments / Loss of sight / Permanent Disability</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน <small>Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report</small></p> <p><input type="checkbox"/> ผลเอกซเรย์ (Copy of X-Ray results)</p> <p><input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิ (Photograph of Claimant)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา (Copy of Medical Record)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย <small>Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate</small></p>	<p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้ <small>Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</small></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ กรณีผ่าศพพิสูจน์ <small>Copy of Bodies Dissection results (Certified by related organization)</small></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาการรับรองการเสียชีวิต รับรองโดยหน่วยงานที่ออกให้ <small>Copy of Death Certificate (Certified by infirmary)</small></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทันทีประจำวันของตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี <small>Copy of Police report (Certified by officer on duty)</small></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกให้ <small>Copy of Death Certificate (Certified by government agencies)</small></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) <small>Copy of residential registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</small></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) <small>Copy of ID Card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</small></p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย <small>Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate</small></p>
<p>กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expenses)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (Original of Doctor's Certificate or Doctor's medical report)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (Original of medical receipt)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน (Copy of ID card)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย/สำเนากรมธรรม์/สำเนาใบรับรองการประกันภัย <small>Copy of Insurance card / Insurance policy / Insurance certificate</small></p>	
<p>หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีที่เกิดการขึ้นแจ้งปีละครั้ง The company will contact you as the details you provided above.</p>	

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อกล่าวอ้างของผู้ประกันภัย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย ตรวจสอบเพิ่มเติมประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว เพื่อพิจารณาความคุ้มครองความเสียหายของกรมธรรม์ประกันภัย (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 Ptc., to verify the patient history or any documents related the illness of accident.)

ลงชื่อผู้ประกันภัย / ผู้แจ้ง (Insured / Informant) วันที่ (Date)

กรุณาส่งเอกสารมาที่ **บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 898 อาคารเทคนิคนิวทาวเวอร์ 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 แขวงลุมพินี 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**