



บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด  
 ฝ่ายประกันกลุ่ม เอไอเอ ทาวเวอร์  
 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
 โทรศัพท์ 0 2634 8888 โทรสาร 0 2638 7721  
 AIA.CO.TH



FK00

**คำร้องขอเวนคืนมูลค่าเงินสดของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม**

เขียนที่ .....  
 วันที่ .....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) .....

บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ เลขที่ ..... ที่อยู่ที่ต้องการให้จัดส่ง / บ้านเลขที่ .....

ชอย/หมู่บ้าน ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... เป็นสมาชิกผู้เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ .....

ใบรับรองเลขที่ ..... สังกัดบริษัท / หน่วยงาน .....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้กับ บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด ( ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “บริษัท”) เพื่อแสดงความประสงค์  
 ขอเวนคืนมูลค่าเงินสด พร้อมเงินปันผลสะสม (ถ้ามี) ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น โดยตกลง  
 ยินยอมให้บริษัทนำเงินผลประโยชน์ดังกล่าวเข้าบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าประเภท  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน  
 เลขที่บัญชี ..... ชื่อเจ้าของบัญชี .....

ณ ธนาคาร ..... สำนักงานใหญ่/สาขา .....

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่างๆมาพร้อมนี้ คือ

1. Statement บัญชีกระแสรายวันหรือสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ของบัญชีธนาคาร ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องแล้ว
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ ซึ่งได้รับรองสำเนาถูกต้องแล้ว
3. ใบรับรองสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ในกรณีนี้ความรับผิดชอบของบริษัท ตามกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว จะมีเพียงเท่าที่กำหนดไว้จนถึงวันที่ระบุไว้ในคำร้องฯ ฉบับนี้ โดยจะมีอยู่จำกัดเท่ากับมูลค่าเงินสดที่เวนคืนพร้อมทั้งเงินปันผลสะสม (ถ้ามี) เท่านั้น และเมื่อบริษัท ได้ดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าแล้วให้ถือว่าบริษัทเป็นอันปลดเปลื้องจากบรรดาความรับผิดชอบที่พึงมีตามกรมธรรม์ดังกล่าวแล้ว

อนึ่ง ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้น ไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทจ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเป็นเช็ค หรือด้วยวิธีใดๆ ตามทางปฏิบัติปกติของบริษัท โดยขอให้จัดส่งให้แก่ข้าพเจ้าตามที่อยู่ข้างต้น

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ..... พยาน ..... ลงชื่อ .....

( ..... )  
 สมาชิกผู้เอาประกันภัย / เจ้าของบัญชี  
 ( โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกันภัย)

**For Office Use Only**

Checked & Updated By.....Date.....  
 System Verified By.....Date.....

Reference No.....

# บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

อาคารอเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนล 181 ถนนสุรวงศ์ กรุงเทพฯ 10500  
ตู้ ปณ.2 ปณจ. บางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรเลขย่อ : อามินโลฟี  
โทร. 034-0808 โทรสาร 267-8500, 267-0488



## ข้อแนะนำในการจัดส่งเอกสารเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล

### สำหรับ กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม แบบสะสมทรัพย์

#### ที่มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์แบบค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล

ฝ่ายประกันหมู่ขอเรียนให้ท่านทราบว่า การเรียกร้องผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวัน (HOSPITAL BENEFIT = HB) จะต้องประกอบด้วยเอกสารสำคัญดังต่อไปนี้

#### 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ของบริษัท (สีชมพู) ซึ่งประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สมาชิกผู้เอาประกันเป็นผู้กรอกโดยสมบูรณ์ พร้อมกับเซ็นชื่อในช่อง ลายเซ็นพนักงาน และลงวันที่

ตอนที่ 2 นายแพทย์ ผู้ตรวจรักษาเป็นผู้กรอกรายละเอียดการรักษาให้ครบถ้วนทุกหัวข้อ พร้อมกับระบุระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน และแพทย์ผู้ตรวจเซ็นในช่อง ลายเซ็นแพทย์ และประทับตราโรงพยาบาล หากมีการแก้ไขรายละเอียดใดๆ โดยเฉพาะวันที่ จะต้องให้แพทย์เซ็นรับรองการแก้ไขและประทับตราของโรงพยาบาลทุกครั้ง

2. ในกรณีที่ เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ในส่วนของรายงานแพทย์ ตอนที่ 2 อนุโลมให้ใช้ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลได้ ซึ่งจะต้องประกอบด้วยรายละเอียดที่สำคัญคือ

- ต้นฉบับที่ระบุวันที่เข้าและออกจากโรงพยาบาล
- คำวินิจฉัยโรคอาการและวิธีการรักษาตลอดจน ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ระบุถึงความจำเป็นที่จะต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล
- กรณีที่มีการผ่าตัด ต้องระบุวิธีการผ่าตัดให้ชัดเจน
- กรณีเป็นสำเนา ต้องประทับตราวางรับรองเอกสารโดยโรงพยาบาลและมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรับรองสำเนาถูกต้องเท่านั้น

3. กรุณาระบุชื่อ-นามสกุล ให้ตรงกับที่ระบุในใบสมัครที่ให้ได้แต่แรกหรือการเปลี่ยนแปลงครั้งล่าสุด และหากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อ-นามสกุล ซึ่งยังมีได้แจ้งไว้กับบริษัทฯ กรุณาแนบเอกสารสำคัญการเปลี่ยนแปลงโดยรับรองสำเนาถูกต้องส่งมาพร้อมกันด้วย

4. ระบุเลขที่กรมธรรม์ และเลขที่ใบรับรองของสมาชิกแต่ละท่านในการส่งเอกสารถึงบริษัทฯ ทุกครั้ง

**การส่งหลักฐาน** การส่งหลักฐานแบบฟอร์มบอกกล่าวเรียกร้องที่กรอกข้อความโดยสมบูรณ์แล้ว จะต้องยื่นต่อบริษัทฯ ภายใน 20 วัน นับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือภายหลังจากนั้นโดยเร็ว ในกรณีที่ส่งล่าช้าเกินกว่า 20 วัน จะต้องชี้แจงเหตุผลที่จำเป็นในกรณีดังกล่าวแก่บริษัทฯ ทิราจณา เพื่อไม่ให้สิทธิการเรียกร้องนั้นเสียไป

**หมายเหตุ** เพื่อให้การพิจารณาการจ่ายผลประโยชน์ดังกล่าวเป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ **กรุณาส่งมอบสำเนาเอกสารค่าใช้จ่าย** ในการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อประกอบการเรียกร้องและการพิจารณาค่าสินไหม และตรวจสอบรายละเอียดใบแบบฟอร์มเคลม และ/หรือ ใบรับรองแพทย์ให้ครบถ้วนสมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนการจัดส่ง (กรณีเป็นสำเนาต้องประทับตราของโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง)

- ในกรณีที่ระยะเวลาการเอาประกันของสมาชิกผู้เอาประกันยังไม่ครบปี และ/หรือ ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ถึงความจำเป็นที่จะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบข้อเท็จจริงในการนำมาประกอบการพิจารณาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุก ๆ ฝ่าย
- โรงพยาบาลบางแห่ง ได้ออกกฎเกณฑ์ในการขอประวัติคนไข้เป็นกรณีพิเศษ โดยผู้เอาประกันที่เป็นคนไข้ในโรงพยาบาล จะต้องเซ็นหนังสือมอบอำนาจเป็นกรณีเฉพาะ และพร้อมแนบกับสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ และสำเนาบัตรคนไข้ที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง ซึ่งรายชื่อโรงพยาบาลดังกล่าว บริษัทฯ ได้แนบมาพร้อมข้อแนะนำนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ และหากท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาสอบถามรายละเอียดได้ที่

### เอกสารการเคลมส่งที่

คุณศิริบุษ ณะวิคามิน

บริษัท เอ.ไอ.เอ. จำกัด (หน่วยเมืองเกษตร 1722)

138 อาคารชีววดี ชั้น 21 ห้อง 1234

ถนนรัตนาธิเบศร์ กรุงเทพฯ 10500

โทร. 0-2266-6739-46 ต่อ 1233-4 แฟกซ์ 0-2266-1233

ขอแสดงความนับถือ

ฝ่ายประกันหมู่

**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

ชื่อ และที่อยู่ของแพทย์ที่เคยให้การรักษาผู้ป่วยมาก่อน

ถ้าเคย เมื่อใด

ไม่เคย

ถ้าการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ โปรดแจ้งวันเวลาพร้อมทั้งรายละเอียดสั้น ๆ ของอุบัติเหตุ (หรือกรณีอุบัติเหตุผู้ป่วยนอก)

ใบมอบฉันทะให้ปรึกษาแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล

ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจให้รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เรียกร้อง/ผู้ป่วย อายุ 18 ปี และกว่านั้น  
(กรณีประกันคู่สมรสและบุตร)

ลายเซ็นพนักงาน

ลงนามวันที่

ตอน ๒ - ให้นายแพทย์ผู้ตรวจรักษาเป็นผู้กรอก  
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:

อาการนี้เป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่  
Is condition congenital?

ใช่  ไม่ใช่  
Yes No

อาการเจ็บป่วยและการรักษาครั้งนี้เกิดเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ คลอดบุตร แท้งบุตร หรือความยุ่งยากอันใด อันเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์  
Is condition and treatment thereof due to pregnancy, childbirth, miscarriage, or complications arising from pregnancy.

ใช่  ไม่ใช่  
Yes No

ถ้าใช่ โปรดแจ้งวันที่ใกล้เคียงที่สุดที่เริ่มตั้งครรภ์  
If yes, please give approximate date of commencement of pregnancy.

เดือน / วัน / ปี  
M D Y

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