

บริษัท เอไอเอ จำกัด

ส่วนงานสินไหมประกันกลุ่ม ชั้น 14 เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 AIA.CALL CENTER 1581 โทรสาร 02-3525808

ใบนำส่งสินไหมพหุผลภาพ / สูญเสียอวัยวะ - ประกันกลุ่ม

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ ใบรับรองการประกันเลขที่

ชื่อนายจ้าง (บริษัท, องค์การ) โทรศัพท์ โทรสาร

ชื่อผู้เอาประกัน

ชื่อตัวแทน รหัสตัวแทน ☐ หน่วยต้นสังกัด ☐ ต่างหน่วยบริการ

ชื่อหน่วย รหัสหน่วย โทรศัพท์

ชื่อสำนักงานตัวแทน ที่อยู่/อาคาร โทรสาร

กรมธรรม์ประกันภัยอื่นๆ ของ เอ ไอ เอ (ถ้ามี)

กรมธรรม์ประกันภัยของบริษัทประกันชีวิตอื่น (ถ้ามี)

เอกสารที่ต้องจัดส่งเพื่อเรียกร้องสินไหม (ขีด ☒ เฉพาะรายการที่ได้ส่งมา)

1. เอกสารที่ต้องส่งทุกกรณี

- ☐ 1.1 สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
 - * รับรองสำเนาถูกต้องโดย ผู้เอาประกันภัย หรือ เจ้าหน้าที่ เอ ไอ เอ
- ☐ 1.2 หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วันเข้าทำงาน ตำแหน่งงาน เงินเดือนปัจจุบันฯ จากฝ่ายธุรการหรือฝ่ายบุคคลของบริษัทฯ ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจลงนามของบริษัทฯ (กรณีข้าราชการ ไม่ต้องใช้)
- ☐ 1.3 สำเนาใบสมัครงานหรือสัญญาจ้างงาน (กรณีข้าราชการ ไม่ต้องใช้)
- ☐ 1.4 เอกสารการลงเวลาการทำงาน เดือนสุดท้ายที่พนักงานสามารถมาปฏิบัติงานได้ก่อนพหุผลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ
- ☐ 1.5 หลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือนๆ สุดท้าย เช่น ใบเซ็นชื่อรับเงินเดือน, SLIP เงินเดือน, รายงานการจ่ายเงินเดือน, กายี-ประกันสังคม
 - * รายการที่ 1.3, 1.4, 1.5 รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ธุรการหรือฝ่ายบุคคลต้นสังกัด
- ☐ 1.6 ภาพถ่ายของผู้เอาประกันภัย ที่แสดงให้เห็นถึงการพหุผลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ
- ☐ 1.7 สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมดจากโรงพยาบาล (อาจขอเพิ่มเติมหากรายละเอียดของการพหุผลภาพหรือสูญเสียอวัยวะไม่ชัดเจน)
- ☐ 1.8 เอกสารอื่นๆ

2. เอกสารที่ต้องส่งเพิ่มเติมจากข้อ 1 กรณีพหุผลภาพสิ้นเชิงถาวร

- ☐ 2.1 ถ้อยแถลงของผู้เรียกร้องค่าชดเชย - กรณีพหุผลภาพ (แบบฟอร์มเคลมพหุผลภาพ) กรอกรายละเอียดและลงนามโดยผู้เอาประกัน
- ☐ 2.2 ใบแสดงความเห็นของแพทย์ - กรณีพหุผลภาพ กรอกรายละเอียดและลงนามโดยแพทย์ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
- ☐ 2.3 สำเนานันทิกประจำวันตำรวจ ในวันที่เกิดเหตุ จากสถานีตำรวจท้องที่เกิดเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ (ใช้เฉพาะกรณีพหุผลภาพที่เกิดจากอุบัติเหตุ)

3. เอกสารที่ต้องส่งเพิ่มเติมจากข้อ 1 กรณีสูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุ

- ☐ 3.1 ถ้อยแถลงของผู้เรียกร้องค่าชดเชย - กรณีสูญเสียอวัยวะ (แบบฟอร์มเคลมสูญเสียอวัยวะ) กรอกรายละเอียดและลงนามโดยผู้เอาประกัน
- ☐ 3.2 ใบแสดงความเห็นของแพทย์ - กรณีสูญเสียอวัยวะ กรอกรายละเอียดและลงนามโดยแพทย์ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
- ☐ 3.3 ใบแสดงความเห็นของอัยการแพทย์ (ใช้เฉพาะกรณีสูญเสียดวงตา) กรอกรายละเอียดและลงนามโดยแพทย์ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
- ☐ 3.4 สำเนานันทิกประจำวันตำรวจ ในวันที่เกิดเหตุ จากสถานีตำรวจท้องที่เกิดเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ
- ☐ 3.5 ฟิล์มเอกซเรย์ (ถ้ามี)

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้พหุผลภาพ
วันเดือนปี ที่เข้าทำงาน
ตำแหน่งงาน
อัตราเงินเดือนๆ สุดท้าย บาท

ลงชื่อผู้นำส่ง
วันที่

หมายเหตุ - เอกสารที่ไม่สามารถจัดส่งให้บริษัทฯ ได้ โปรดแจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อบริษัทฯ จะได้พิจารณาหาความเหมาะสมต่อไป
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการขอเอกสารอื่นๆ ภายหลัง เพื่อทดแทนหรือเพิ่มเติมประกอบการพิจารณา



ใบแสดงความเห็นของแพทย์ – กรณีทุพพลภาพ Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed by doctor at Claimant's expense.

ก. ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Patient's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

ข. กรุณาระบุสาเหตุ และความรุนแรงของการทุพพลภาพ / State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ / State briefly the character of treatment since the disability occurred.

จ. การวินิจฉัย

Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่

Treatment render by you since

จนถึง

Until

ที่

At

ชนิดของการรักษา

Character of treatment

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

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

Name of Physician

ลายเซ็นแพทย์

Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1

Thailand's Medical Registration No.

คุณวุฒิ

Qualification

ชื่อสถานพยาบาล

Name of Hospital

ไปรษณียบัตรสถานพยาบาล

โทรศัพท์

Tel. No.

วันที่ตรวจ

Date of Examination