

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ  
คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (AI/PA/IPD)



C 30010001



เลขที่บัตรประชาชน

กรุณารอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืน  
บริษัทฯ พร้อมแนบใบสรุปรายการการรักษา และ  
ใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่  
วันที่ออกจากโรงพยาบาล

รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงท่านสมัครใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร  
ตามโหนดแบบฟอร์มผ่าน [www.azay.co.th](http://www.azay.co.th) หรือขอรับแบบฟอร์มที่ เซอร์วิส เซ็นเตอร์ทุกสาขา

ผู้ผลการพิจารณาสินไหม และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร ง่าย ๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์  
มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์

ชื่อผู้นำส่ง

โทรศัพท์

วันนำส่ง

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า

รหัส

โทรศัพท์

หน่วย | เขต | ภาค | ธนาคาร

สาขา

โทรสาร

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี  
เพศ  ชาย  หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด เลขที่ หมู่ ซอย ถนน  
แขวง | ตำบล เขต | อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์  
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล  
บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) กรมธรรม์ของบริษัทอื่น  
อาชีพและลักษณะงาน

2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย  
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้  
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา

3. กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลาเกิดเหตุ น. สถานที่เกิดเหตุ  
โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด

ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

อาการปัจจุบัน

วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทน  
อุบัติเหตุ คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นที่อยู่ปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

1.

2.

3.

หมายเหตุ : เอกสารสินไหมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ

ผู้เอาประกันภัย

วันที่

(

) \*\*\*กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบอำนาจให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา  
หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วน  
บุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้  
ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้เอาประกันภัย

(

)

วันที่