



บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

American International Assurance Company, Limited

ฝ่ายประกันกลุ่ม อาคาร เอไอเอ ทาวเวอร์ ชั้น 11 เลขที่ 181 ถ.สุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร. 0 2634 8888

แบบฟอร์มเรียกร้องเงินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (Group Claim Form)

ข้อแนะนำ เพื่อให้การพิจารณาการเรียกร้องเป็นไปด้วยความรวดเร็ว (Consideration for outstanding reimbursement)

1. การกรอกแบบฟอร์ม (Filling Claim Form)

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยกรอกตอนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 หรือ 3 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล (Complete filling the information by insured, the physician and stamp hospital logo)
- กรณีที่ไม่ได้นำแบบฟอร์มของบริษัทให้แพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 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)

2. เอกสารที่ต้องส่งให้บริษัท (Document for Reimbursement)

- แบบฟอร์มการเรียกร้องเงินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (Group claim form)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีแพทย์ไม่ได้กรอกแบบฟอร์มตอนที่ 2 หรือ 3) (Certificate medical, in case of incomplete claim form part II or III)
- ใบเสร็จรับเงินคืนค่าน้ำ (ยกเว้นกรณีการใช้เครดิตโรงพยาบาล และการเรียกร้องผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล) (Original receipt, excepted use credit case and reimbursement of Hospital income benefit)
- ใบงบบัญชีค่ารักษาพยาบาล (กรณีนอนโรงพยาบาล) (Invoice bill, in case of Inpatient)

3. 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)

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย (Part I - For Insured Member)

ชื่อนายจ้าง (บริษัท, ห้าง, ร้าน, หอผู้ป่วย, กองทุนหมู่บ้าน) (Employer's name)

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

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

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

มีประกันภัยแบบอื่นที่ประสงค์เข้าร่วมหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ แบบ / ชื่อบริษัท เลขที่กรมธรรม์
(Do you have other insurance? If yes, please identify insurance type and insurer company) (Policy No.)

ใบมอบฉันทะให้สอบถาม โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบริษัท อเมริกัน อินเตอร์เนชันแนล แอสซิวรันส์ จำกัด อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกันต้นฉบับ

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 AMERICAN INTERNATIONAL ASSURANCE 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 สำหรับแพทย์กรอก กรณีรักษาพยาบาลแบบคนไข้นอก และอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Part II - For Physician In Case OPD and ER Acc 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) โปรดประทับตราสถานพยาบาล (Hospital Stamp)

กรณีรักษาพยาบาลแบบอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ERACC หรือ 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) โปรดประทับตราสถานพยาบาล (Hospital Stamp)

กรณีเรียกร่องผลประโยชน์ประกันกลุ่มค่ารักษาในโรงพยาบาลและตลยกรรม (IPD)

กรณีเรียกร่องผลประโยชน์ประกันกลุ่มค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล (HB)

ตอนที่ 3 สำหรับแพทย์กรอก กรณีรักษาแบบคนไข้ในและตลยกรรม (Part III - For Physician Discharge Summary)

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

วันที่เข้าโรงพยาบาล (Admission Date) เวลา (Time)

วันที่ออกจากโรงพยาบาล (Discharge Date) เวลา (Time)

กรณการกรายละเอียดในการรักษาครั้งนี้ (Please give detail relating to this treatment) *Please use medical terminology

กรณีเจ็บป่วย (For Illness) : 1. วันแรกที่ท่านพบผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ (Date you first saw the patient for this illness) :

2. อาการสำคัญและช่วงระยะเวลาที่ปรากฏอาการ (Chief complaint and duration of symptoms) :

3. ในความเห็นของท่าน อาการของโรคจะคงอยู่นานเท่าไร (In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness) :

กรณีอุบัติเหตุ (For Accident) : 1. วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ (Date & Time of accident)

วันและเวลาที่ท่านพบผู้ป่วยครั้งแรก (Date & Time you first saw this patient)

2. สาเหตุของอุบัติเหตุ, ลักษณะของแผลและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

(Cause of accident, nature of wound and injured organs)

3. ผู้ป่วยมีอาการมึนเมาจากแอลกอฮอล์หรือยาเมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือไม่

(Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?) () ไม่ใช่/No () ใช่/Yes

อาการหรือสัญญาณที่ตรวจพบ (Pertinent Clinical findings, symptoms & signs)

โรคประจำตัว (Underlying diseases)

การตรวจสอบโรค/พยาธิสภาพของโรค (Investigations/ Pathological studies)

การวินิจฉัยโรค 1 (Diagnosis 1) ICD10

การวินิจฉัยโรค 2 (Diagnosis 2) ICD10

การวินิจฉัยโรค 3 (Diagnosis 3) ICD10

กรณาระบุการวินิจฉัยในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ไม่รวมโรคประจำตัวหรืออาการที่ไม่ได้ทำการรักษา, กรณาระบุจากที่สำคัญมากไปน้อย

(Please fill the diagnosis that treated on this admission, not including the underlying diseases or conditions not treated : please ranking from the most important to the less one)

การรักษา (Treatment)

การผ่าตัด/ วิธีการ (Surgery./ Operation) ICD 9-CM or 10TM

ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน (Result/Complications)

การเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดหรือไม่ (Was the illness related to alcohol, drug abuse or addiction?) () ไม่ใช่/No () ใช่/Yes.....

สำหรับผู้ป่วยสตรีมีภาวะตั้งครรภ์หรือไม่ (For Female is the patient pregnant?) () ไม่ใช่/No () ใช่/ Yes Gestational age.....Wks

การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ (Is condition congenital?) () ไม่ใช่/ No () ใช่/ Yes

HIV () ยังไม่ตรวจ (Not done) () ตรวจแล้ว (Done) ผล (Result)

ผู้ป่วยเคยรักษากับแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ (Has patient ever been treated by other doctor before?) () ไม่เคย/ No () เคย/Yes โปรดระบุชื่อ และที่อยู่

Please give name and address

ประวัติในอดีต (Past History)

วันที่ (Date)	สัญญาณ และอาการ (Signs & Symptoms)	การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	การรักษา (Treatment)	แพทย์ (Physicians)

ลายเซ็นแพทย์ (Signature)

เลขที่ใบอนุญาตฯ (Medical License No.)

(.....) วันที่ (Date)

โปรดประทับตราสถานพยาบาล (Hospital Stamp)