



คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและอีเมลสำหรับแจ้งความคืบหน้าในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- ท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมายังเอไอจีได้ทางไปรษณีย์: แผนกสินไหมทดแทน ตู้ ป.ณ. 40 ปณศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330
- เมื่อเอไอจีได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว เอไอจีจะทำการส่ง SMS เพื่อยืนยันการรับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามที่ระบุเป็นเพียงเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาตัดสินสินไหมทดแทนของท่าน เอไอจีอาจขอข้อมูล/เอกสารเพิ่มเติมเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินสินไหมทดแทน
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนไม่ครบถ้วน เอไอจีจะติดต่อท่านเพื่อขอข้อมูล/เอกสารภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ในกรณีที่ข้อมูล/เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครบถ้วนสมบูรณ์ เอไอจีจะพิจารณาภายใน 15 วัน พร้อมทั้งแจ้งผลการพิจารณาตัดสินสินไหมทดแทนทางอีเมล หรือ SMS ให้ท่านทราบ
- ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจำนวนเกินกว่า 100,000 บาท ขอให้ยืนยันตัวตนโดยการถ่ายรูปใบหน้าของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์ขณะถือบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางที่เห็นรูปหน้าบัตรอย่างชัดเจน โดยติดที่ข้อมูลศาสนาและหมู่เลือด (ถ้ามี) และขอให้ส่งทางอีเมลพร้อมกับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนด้วย

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ผู้ขับรถ / คนเดินส่งอาหาร

ผู้โดยสาร

ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม	กรมธรรม์เลขที่: 0200122804	เลขที่บัญชี
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่	เพศ	วัน/เดือน/ปีเกิด
ที่อยู่		
อาชีพ	อีเมลที่ติดต่อได้	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า)	เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน	
ในกรณีที่ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์	ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท	

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ : กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / Passport ของเจ้าของบัญชี

ชื่อบัญชี _____ บัญชีเลขที่ ชื่อธนาคาร _____ สาขา _____

บัตรประจำตัวประชาชน / Passport เลขที่ _____ อีเมล _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้กับบริษัทประกันภัยรายอื่น และ / หรือ หน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากเอไอจี อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) แจ้งผลการพิจารณาเป็นหนังสือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมตามข้อกำหนดที่ระบุในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) อ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ <https://www.aig.co.th/privacy-policy>

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย _____ วันที่ _____

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน _____ วันที่ _____
(ในกรณีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหายไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหม

ส่วนที่ 1 : ค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 : การเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ / สูญเสียสภาพการ

ส่วนที่ 1 : คำร้องขาดยาบาล

วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บ (วัน/เดือน/ปี)	เวลา	วันที่ไปพบแพทย์ครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี)
เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ กรณีที่ใช่ โปรดระบุชื่อสถานพยาบาลและวันที่		
กรณีที่ได้รับความบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ		

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนสำหรับความคุ้มครองคำร้องขาดยาบาล

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายคำร้องขาดยาบาล
- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารออมทรัพย์
- สำเนานับที่ประจำวันของตำรวจ

ส่วนที่ 2: การเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพถาวร

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
กรุณานำบรรยายลักษณะการเกิดเหตุ		

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนเบื้องต้นมีดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่ทดแทนสำหรับความคุ้มครองการเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพถาวร

- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพ
- รูปถ่ายการทุพพลภาพ / การสูญเสียอวัยวะ
- สำเนาใบมรณบัตร
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ / รายงานการตรวจศพ
- สำเนานับที่ประจำวันของตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของ ผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารออมทรัพย์

แผนกสิทธิใหม่ทดแทน

ชั้น 23 อาคารสยามพวรวรรณนิภาวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ติดต่อสอบถามผลการพิจารณาสิทธิใหม่

โทร. 0 2649 1999 กด 1 และ 2 (เวลากำการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8.30 - 17.00 น.)

อีเมล: claimshareservices@aig.com

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:

โทร. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998

อีเมล: Thailand.cc@aig.com

แนะนำติชมการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน

โทร. 0 2649 1596 โทรสาร 0 2649 1998

อีเมล: complaint.th@aig.com