



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทางและประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล  
Travel & Personal Accident Claim Form

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับอุบัติเหตุในตอนที่ท่านยื่นขอเคลมทุกครั้ง รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและ e-mail เพื่อทางบริษัทจะสามารถแจ้งความคืบหน้าเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมโดยผ่านทาง 2 ช่องทาง ดังนี้
  - ส่งผ่านไปรษณีย์ โดยท่านสามารถส่งมาตามที่อยู่ด้านล่างนี้  
แผนกสินไหมทดแทน  
ชั้น 22 อาคารสยามทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
  - ส่งผ่านตัวแทน/นายหน้าประกันภัยที่ท่านซื้อกรมธรรม์
- เมื่อบริษัทได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมจากท่าน บริษัทจะทำการส่ง SMS เพื่อยืนยันการรับเอกสาร
- ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งให้ท่านทราบภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสาร
- ในกรณีที่เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมครบถ้วนสมบูรณ์ ทางบริษัทจะใช้เวลา 15 วันทำการ ในการพิจารณา พร้อมทั้งแจ้งผลการอนุมัติผ่านทาง e-mail หรือ sms ให้ท่านทราบต่อไป

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

|   |     |   |     |
|---|-----|---|-----|
| ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม   |     | กรมธรรม์เลขที่  |     |
| บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่   | เพศ | วัน/เดือน/ปีเกิด  | / / |
| ที่อยู่   |     |   |     |
| อาชีพ   |     | อีเมลที่ติดต่อได้   |     |
| เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า)  |     | เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน  |     |
| ในกรณีที่ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์          |     | ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่<br>ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท |     |
| สำหรับกรมธรรม์ประกันการเดินทางโปรดระบุ<br>ระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี) / / ถึงวันที่ / / ประเทศ |     |   |     |

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหม

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง (ส่วนที่ 1)   |
| <input type="checkbox"/> ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กอล์ฟ / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางรวมถึงโน้ตบุ๊กเนื่องจากภัยธรรมชาติ (ส่วนที่ 2) |
| <input type="checkbox"/> ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (ส่วนที่ 3)  |
| <input type="checkbox"/> การเลื่อนหรือการยกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง (ส่วนที่ 4)   |
| <input type="checkbox"/> การเสียชีวิต / ทูพลาภาพ / การสูญเสียอวัยวะ (ส่วนที่ 5)  |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ เช่น กระเป๋าเงินสูญหาย ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น (ส่วนที่ 6)  |

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ  
ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้กับบริษัทประกันภัยอื่น และ / หรือ  
หน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย  
บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้อง  
ค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์นส์ สาขาประเทศไทย และ/หรือ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย  
จากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย

วันที่

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน

วันที่

(ในกรณีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหายไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)

หมายเหตุ: การประกอบธุรกิจของกลุ่มบริษัทเอไอจี ประเทศไทย ประกอบด้วย บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์นส์

**ส่วนที่ 1 : คำรักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง**

|   |   |   |      |   |   |  |
|---|---|---|------|---|---|--|
| วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี)  | / | / | เวลา | วันที่ไปพบแพทย์ครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี)  | / | /  |
| กรณีที่ได้รับบาดเจ็บไปตบบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยไปตบบรรยายอาการที่ปรากฏ   |   |   |      |   |   |  |
| <b>เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์</b><br><b>คำรักษาพยาบาล / การชดเชยค่าผ่าตัด</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำเนาใบรับรองแพทย์</li> <li>- ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล / ค่าผ่าตัด (ฉบับจริง)</li> <li>- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย</li> <li>- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) (กรณีประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ)</li> <li>- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)</li> </ul> |   |   |      | <b>การชดเชยรายได้</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำเนาใบรับรองแพทย์</li> <li>- สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน</li> <li>- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน</li> </ul> |   | <b>ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำเนาใบรับรองแพทย์</li> <li>- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย</li> <li>- รายงานผลชิ้นเนื้อ</li> </ul> |

**ส่วนที่ 2: ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กอล์ฟ / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง รวมถึงไม้ดับเนื่องจากภัยธรรมชาติ / การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว**

|                                     |                      |                             |  |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--|
| วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)       | /                    | /                           | สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ) |
| กรณารายละเอียดลักษณะการเกิดเหตุ     |                      |                             |  |
| รายละเอียดของรายการสูญหาย / เสียหาย |                      |                             |  |
| รายการสูญหาย / เสียหาย              | วัน/เดือน/ปี ที่ซื้อ | ราคาที่ซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม |  |
| _____                               | / /                  | _____                       |  |
| _____                               | / /                  | _____                       |  |
| _____                               | / /                  | _____                       |  |
| _____                               | / /                  | _____                       |  |

**เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์**

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)
- ต้องนำเอกสารรายงานความเสียหายที่ออกโดยตำรวจ / โรงแรม / บริษัทขนส่ง / สนามกอล์ฟ เพื่อประกอบการพิจารณา
- หากโรงแรมหรือบริษัทขนส่งได้เสนอการชดเชย รวมไปถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชยให้

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>การสูญหายของเงินส่วนตัว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ</li> </ul> | <b>การสูญหายของเอกสารเดินทาง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ</li> <li>- ใบเสร็จค่าเดินทาง, ค่าที่พัก และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่</li> </ul> | <b>การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง</b><br><b>รวมถึงไม้ดับเนื่องจากภัยธรรมชาติ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายจากทางโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง</li> <li>- รายการและราคาของที่สูญเสียชีวิตหรือเสียหาย</li> <li>- ข่าวสารที่ระบุว่าเกิดเหตุภัยธรรมชาติ</li> </ul> |
|--|---|--|

**อุปกรณ์กอล์ฟ**

- ใบเสร็จรับเงินค่าซ่อมแซม หรืออุปกรณ์ที่ซื้อใหม่
- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ
- หนังสือรับรองจากสนามกอล์ฟ

**การสูญเสียชีวิตหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว**

- จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากฝ่ายบริหารของโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง กรณีการสูญเสียชีวิตหรือเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง
- ใบบันทึกประจำวันที่ตำรวจออกให้ภายใน 24 ชม. นับจากเวลาเกิดเหตุ กรณีการสูญเสียชีวิตหรือเสียหายเกิดจากการทุจริตร หรือบังคับในลักษณะรุนแรง

**ส่วนที่ 3: 3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน**  
**3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง**

**3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน**

|   |  |              |           |
|---|--|--------------|-----------|
| กรณารายรายละเอียดการล่าช้าในการเดินทาง/การพลาดเที่ยวบิน | สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ) |              |           |
| กำหนดการเดินทางเดิม                                     |  |              |           |
| วัน/เดือน/ปี / /  | เวลาออกเดินทาง                             | เวลาที่มาถึง | เที่ยวบิน |
| กำหนดการเดินทางใหม่                                     |  |              |           |
| วัน/เดือน/ปี / /  | เวลาออกเดินทาง                             | เวลาที่มาถึง | เที่ยวบิน |

รายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการพลาดเที่ยวบิน หรือการล่าช้าในการเดินทาง

---

---

---

### 3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

|  |   |   |      |                        |
|--|---|---|------|------------------------|
| วัน/เดือน/ปี (ที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า) | / | / | เวลา | สถานที่ (เมือง/ประเทศ) |
| วัน/เดือน/ปี (ที่ได้รับกระเป๋าคืน)     | / | / | เวลา |                        |

ผู้เอาประกันมีรายการข้อของใช้ที่จำเป็นระหว่างการเดินทางล่าช้าที่เกิดขึ้น ใช่หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

รายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

---

---

---

#### เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

#### ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน

- หนังสือรับรองการล่าช้าจากสายการบิน
- บัตรโดยสาร และตั๋วเครื่องบินทั้งหมด

#### การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

- ใบเสร็จรายการของใช้ส่วนตัว
- หนังสือรับรองการล่าช้าของกระเป๋าเดินทางจากสายการบิน
- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบิน (ถ้ามี)

### ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการบอกเลิก / ลดจำนวนวันเดินทาง

กำหนดการเดินทางเดิม

|                      |   |   |                  |   |   |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|
| ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี | / | / | ถึง วัน/เดือน/ปี | / | / |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|

กำหนดการเดินทางใหม่

|                      |   |   |                  |   |   |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|
| ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี | / | / | ถึง วัน/เดือน/ปี | / | / |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|

การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง เป็นสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย / ญาติหรือคนในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่างนี้

|                |                             |                               |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ชื่อ — นามสกุล | ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน | วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) |
| <hr/> <hr/>    | <hr/> <hr/>                 | <hr/> <hr/>                   |

#### เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาใบรับรองแพทย์, ใบมรณะบัตร (กรณีผู้เอาประกันภัย หรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต)
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว (กรณีที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันหรือบอกเลิกการเดินทาง)

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน

- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

กรณีการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง - กรุณาแนบบใบเสร็จจากบริษัททัวร์หรือสายการบินที่ระบุจำนวนเงิน และเอกสารการเงิน (ถ้ามี)

กรณีการลดจำนวนวันเดินทาง - กรุณาแนบบสำเนาตั๋วเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อพร้อมใบเสร็จรับเงิน

## ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต / ทุพพลภาพ

|                               |   |   |      |                 |
|-------------------------------|---|---|------|-----------------|
| วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) | / | / | เวลา | สถานที่เกิดเหตุ |
|-------------------------------|---|---|------|-----------------|

กรุณาระบายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ

### เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์

#### การเสียชีวิต

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (ในกรณีเสียชีวิตขณะเดินทางอยู่บนสายการบินพาณิชย์)
- บันทึกประจำวันตำรวจ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- เอกสารระบุงการแต่งตั้งผู้จัดการกองมรดก (ในกรณีที่มีการมรดกมอบจายกองมรดก)
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (Autopsy Report)
- ใบมรณบัตรของผู้เอาประกัน
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)

#### ทุพพลภาพ

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
- รูปถ่ายการทุพพลภาพ/การสูญเสียอวัยวะ (ในกรณีจ่ายรับผลประโยชน์จะต้องแนบเอกสารของผู้รับผลประโยชน์มาด้วย ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน)
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)

## ส่วนที่ 6: การเรียกร้องความคุ้มครองอื่นๆ เช่น ความรับผิดต่อบุคคลภายนอก, ความรับผิดส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น

กรุณาระบายรายละเอียด

|                |   |   |      |                 |
|----------------|---|---|------|-----------------|
| วันที่เกิดเหตุ | / | / | เวลา | สถานที่เกิดเหตุ |
|----------------|---|---|------|-----------------|

จำนวนเงิน บาท

### เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์

#### ความรับผิดต่อบุคคลภายนอก

- สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ
- ใบเสร็จค่าซ่อมแซมหรือใบเสร็จและจดหมายยืนยันจากร้านค้า ในกรณีที่จำเป็นต้องซื้อของชิ้นนั้นๆ เนื่องจากทำให้ของชิ้นนั้นเสียหาย
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

#### ความรับผิดขอส่วนแรกของรถเช่า

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)
- หนังสือสัญญาการเช่ารถ
- ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่าและระบุค่าความรับผิดขอส่วนแรก (Excess)
- ใบบันทึกประจำวันตำรวจที่ระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ และรายละเอียดความเสียหายของตัวรถ

\*\*สำหรับความคุ้มครองอื่นๆ สามารถดูเอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ที่ [www.aig.com/th](http://www.aig.com/th)\*\*

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

|   |                  |              |               |      |       |      |             |
|---|------------------|--------------|---------------|------|-------|------|-------------|
| Policy No.  | Effective        | /            | /             | to   | /     | /    | Payee Name: |
| Pay : Indemnity   | Baht             | Medical      |               | Baht | Total | Baht |             |
| <input type="checkbox"/> Hold <input type="checkbox"/> Mail | Address:         |              |               |      |       |      |             |
| Remark:   |                  |              |               |      |       |      |             |
| Adjusted by:  | Date:            | Approved by: | Date:         |      |       |      |             |
| Coverage:   | Weekly Indemnity | Hosp. Income | Principal Sum |      |       |      |             |

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:  
โทร. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998  
อีเมล: callcenter.th@aig.com

แผนกสินไหมทดแทน  
ชั้น 22 อาคารสยามทาวเวอร์ เลขที่ 989  
ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

แนะำติขมการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน  
โทร. 0 2649 1596 โทรสาร 0 2649 1998  
อีเมล: complaint.th@aig.com