

AWP Services (Thailand) Co., Ltd.
7th Floor, City Link Tower, 1091/335 Soi Petchburi 35
New Petchburi Road, Makkasan, Rajthevi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. +66 (0) 2 342 3237 Fax +66 (0) 2 305 8523
Email claim-TH@allianz.com

In order for your claim to be dealt with promptly, please ensure **Sections 1, 2 and 3** of this Claim Form are fully completed and returned to us by post together with all the required claims evidence. A separate claim form must be completed for each Insured Person who is claiming under the policy.

Please use block letters. Please retain a copy of all documents sent to us for your records.

CLAIM FORM

Claim No. _____

(office use only)

Please note all expenses incurred in completing this claim form and providing all the necessary evidence to support this claim must be paid by you. Expenses incurred in providing evidence are not covered under this policy.

In case you cannot provide the evidence(s) in, please provide a written justification in order for us to consider your claim. The Company reserve rights to decline your claim in case the provided evidence and/or justification is insufficient.

Section 1 – Customer and travel details (to be completed in all cases)

Policy number:

Name of insured person:

Nationality and country of residence:

Occupation of insured person:

Date of birth of insured person:

Address (to be used for correspondence):

Telephone numbers:

Work:

Home:

Mobile:

Travel details

Date travel arrangements were booked:

Date of departure:

Date of return:

Destination(s) – City in Thailand or Overseas:

Have you made any previous claims in respect of travel insurance: ☐ yes ☐ no

If yes, please provide exact details of claims (e.g. date, amount, type of claim and insurance company involved):

Please indicate which benefits you are claiming for under your policy: (tick the appropriate box/boxes)

☐ Medical expenses

☐ Rental vehicle excess

☐ Golf equipment

☐ Loss of / damage to baggage or personal effects

☐ Trip cancellation/curtailment

☐ Accidental death

☐ Travel delay/missed connecting travel

☐ Baggage delay

☐ Other expenses

Important documents required to process the claim – Section A

Please attach the evidence to the Claim Form and tick the appropriate box. Failure to provide all necessary evidence will result in delays in handling your claim.

- ☐ Copy of policy schedule including itinerary page
- ☐ Certified copy of passport with Visa stamp (if applicable)
- ☐ Original air ticket, e-ticket, boarding pass or certified copy

Section 2 – Claim information

A. Travel delay/missed connecting travel

In order for your travel delay/missed connecting travel claim to be dealt with promptly, please ensure **Sections 1, 2.A and 3** of this claim form are fully completed and returned to us together with all the necessary claims evidence required at end of this section.

Please confirm the scheduled date and time you arrived at your destination.

Date: _____ Time: _____ Destination: _____

Please confirm the actual date and time you arrived at your scheduled destination or departed your travel.

Date: _____ Time: _____

Please confirm the total number of hours and minutes of delay in arriving at your schedule destination or departing from your travel connection.

Hours: _____ Minutes: _____

What was the reason given for the cause of the travel delay?

If travelling by plane, what was your flight number?

B. Loss/damage to baggage, loss of money, loss of travel documents

In order for your baggage/money/document loss or damage claim to be dealt with promptly, please ensure **Sections 1, 2.B and 3** of this claim form are fully completed and returned to us together with all the necessary claims evidence required at end of this Section.

Please state in full exactly what has happened (If necessary, please continue on a separate piece of paper)

Was this incident reported to the police or other responsible authority? ☐ yes ☐ no

If yes, please indicate the Police or other Authority (e.g. airline) this incident was reported to (name and address of authority):

If no, please provide the reason why this was not reported:

Do you have other insurance covering this incident? ☐ yes ☐ no

Company name:

Policy number:

Please itemize all lost, stolen or damaged baggage, money or travel documents (e.g. passport). If necessary, please continue to provide details on a separate piece of paper.

Full description of articles (incl. details of damage where applicable. If money, please state the currency).	Owner of item	Original price (please state currency)	Date and place of purchase (please state if not owned by you)	Payment method (e.g. credit card)	Amount claimed (please state currency)

C. Baggage delay claim

In order for your baggage delay claim to be dealt with promptly, please ensure **Sections 1, 2.C and 3** of this claim form are fully completed and returned to us by post together with all the necessary claims evidence required at end of this section.

Please state the date and time you arrived at your destination.

Date: _____ Time: _____ Flight number: _____

What was the reason given for the cause of the baggage delay?

Have you received any payment from your Tour Representative or other source? ☐ yes ☐ no

If yes, please provide full details about the source and the amount involved.

D. Medical expenses or trip curtailment claim

In order for your medical expenses or trip curtailment claim to be dealt with promptly, please ensure **Sections 1, 2.D, 2.G and 3** of this claim form are fully completed and returned to us by post, together with all the necessary claims evidence required at end of this section.

Please tell us the date and place where the injury was sustained or the illness was contracted.

Date: _____ Country: _____

Please advise us of the cause of the injury or illness contracted.
(If the claim is for trip curtailment, please also provide full details of the reason why the trip was curtailed)

Please provide details of the treatment provided (If necessary, please continue on a separate piece of paper)

Name of hospital/clinic:

Name of doctor:

Date of admission/treatment in hospital:

Has the injury or illness occurred before? ☐ yes ☐ no

Please provide full details of any health insurance you may have:

Please itemise all medical expenses which you wish to have reimbursed (if necessary, please continue on a separate piece of paper).

Nature of expenses (e.g. doctor's fees)	Name of hospital/doctor	Currency and amount paid
Total amount being claimed:		

Please state details of your medical treatment and advice which you have received from a doctor in the last 2 years.

Doctor's name	Date of treatment or advice	Type of illness/injury/treatment/or medicine

Are you currently on medical treatment /medication? ☐ yes ☐ no

If yes, please give a description of your current treatment/medication:

E. Trip cancellation claim

In order for your medical expenses or trip curtailment claim to be dealt with promptly, please ensure **Sections 1, 2.E and 3** of this claim form are fully completed and returned to us by post, together with all the necessary claims evidence required at end of this section.

Please advise the date on which you either decided or were advised to cancel trip:

Day: Month: Year:

Please advise the date on which you gave your cancellation instruction to your travel company:

Day: Month: Year:

If the dates above differ, please provide an explanation below:

Please describe the exact circumstances which have caused you to cancel your trip:

F. Other claims

Please provide us with all required documentation relating to your claim.

Please tell us in as many details as possible what happened to you in order for your to make this claim.
Be as specific as possible, including dates and amount paid (if necessary, please continue on a separate piece of paper).

Which policy benefit section(s) do you believe to be the most applicable under which you can make this claim?

G. Medical certificate

In order for your medical expenses, trip cancellation or curtailment claim to be dealt with promptly, please ensure this section is fully completed by your doctor.

Patient name:

Age/date of birth:

Date of visit/admission:

Date of discharge:

Doctor:

History of present illness:

Pre-existing illness: ☐ yes ☐ no

If there any indication that the condition suffered was due to substance, alcohol or drug abuse: ☐ yes ☐ no

Vital signs:

BP:

HR:

PR:

BT:

BW:

General appearance:

Neuro:

HEENT:

Lungs:

Heart:

Abdomen:

Extremities:

Investigation/laboratory findings:

Diagnosis:

Medication/treatment:

Hospital course/progress:

Treating doctor's opinion:

Follow-up appointment: ☐ yes Date: ☐ no

Home medication (if discharged):

Travel recommendation (fit to fly with or without escort, required assistances):

Permit to travel: ☐ Fit to fly date: ☐ Unfit to fly

Need escort: ☐ Yes ☐ Doctor ☐ Nurse ☐ Non-medical escort ☐ No escort

Need wheelchair assistance: ☐ Yes ☐ WCHR ☐ WCHS ☐ WCHC ☐ No

Need oxygen supplement: ☐ Yes ☐ Intermittent ☐ Continuous ☐ LPM ☐ No

Need stretcher: ☐ Yes ☐ No Others:

I certify that the statements contained in this Medical Certificate are true and correct.

Doctor's signature:

Date:

Section 3 – Claim payment method and declaration (to be completed in all cases)

Method of payment

Please tick your preferred method of payment.

☐ **Direct Credit to a Bank Account:**

Name of Bank:

Account Name:

SWIFT/IBAN Code (for overseas account only)

☐ **By Cheque to the correspondence address (detailed in Section A)**

Please read below declaration carefully, sign and date it.

Declaration

I / We declare that all statements and details contained on this claim form are true and correct.

I / We acknowledge that the underwriter or its agent may give to, or obtain from other insurers and/or other authorities, personal information relating to this claim.

Signature of the claimant:

Date:

Additional information

Release of medical information

I, _____ passport number _____, hereby authorise any hospital, physician or other person who has medically examined me to furnish Allianz Worldwide Partner (Thailand) all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment that were rendered to me. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as an original.

I understand that this authorization will allow Allianz Worldwide Partner (Thailand) to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims.

Patient's signature:
Witness's signature:
Date of signature and location:

Dear The insured and whom it may concern

Complying with the Law of Anti-Money Laundering

With effective from 21 August 2012, the law of Anti-Money Laundering has prescribed all insurance companies to verify their customer by requesting that the insured must submit the insurance companies with the required documents as follows:

Nationality	Natural Person	Juristic Person
Thai	Identification Card	Company Affidavit (issued not over 6 months)
Non-Thai	Passport	Certificate of Legal Status of the Juristic Person

Moreover, the insured must provide their information to the insurance companies as specified by the law. In this respect, Thai General Insurance Association and Anti-Money Laundering Office have worked together to issue the standard Customer Identification Form that will be used by all insurance companies.

In case the policy payer or claimant is the different person from the insured. That person will also need to have self-identification as mentioned above.

According to our record on the issuing date of this letter, the following documents have not been received.

() Customer Identification Form (as attached)

() Copy of Identification Card () Copy of Company Affidavit (issued not over 6 months)

() Copy of Passport () Copy of Certificate of Legal Status of the Juristic Person

To comply with the law, we would request you the mentioned documents and/or Customer Identification Form to us. You can send them to the following channels depending on your convenience:

1. By Fax: 0-2638-9040
2. By E-mail Address: cus_validate@allianz.co.th
3. By Post: Allianz Ayudhya General Insurance PLC. Customer Validation Unit, 898 Ploenchit Tower, 1st Fl Zone B, 7th Fl Zone B, 8th Fl Zone A and B, 9th Fl Zone A2 and B2, 18th Fl Zone A, Ploenchit Road, Pathumwan, Bangkok 10330

If we have not received the required documents from you, we may consider cancelling your insurance policy in case of proposing new policy. In other cases, we may have to discontinue your transaction until we received the documents.

Please be noted that this letter is automatically printed by the system. Please accept our apologies, if you have already submitted us the required documents. We hope you understand our necessity to comply with the law.

Please kindly consider and proceed accordingly.

Yours Faithfully,

Allianz Ayudhya General Insurance PLC.

Customer Validation Unit

Enclosure:

- (1) Customer Identification Form (Natural Person)
- (2) Customer Identification Form (Juristic Person)

แบบรายการแสดงตน (ประเภทบุคคลธรรมดา) (Customer Identification Form (for Natural Person))

โปรดกรอกข้อมูลและส่งคืนบริษัท หากท่านไม่เคยให้ข้อมูลมาก่อน หรือในกรณีที่ท่านเคยให้ข้อมูลแล้วแต่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูล

Please fill in the form and submit to the company, using for the client who have never completed the form before, or any given information has been changed.

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย (Insured's Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) ☐ นาย (Mr.) ☐ นาง (Mrs.) ☐ นางสาว (Miss) ☐ อื่นๆ (Other)
 ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ (Name-Surname in English).....
 วัน-เดือน-ปีเกิด (Date of Birth) เพศ (Gender) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female) สัญชาติ (Nationality)
☐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID Card No.) ☐ เลขหนังสือเดินทาง (Passport No.)
 ออกให้โดย (Issued by) วันที่ออกบัตร (Date of Issue) วันที่หมดอายุ (Date of Expiry).....
 สถานภาพ (Marital Status) ☐ โสด (Single) ☐ สมรส (Married) ☐ หม้าย (Widow) ☐ หย่าร้าง (Divorced) ☐ สมรสไม่จดทะเบียน (Cohabit)
 จำนวนบุตร (No. of children) คน (person)

2. อาชีพ/แหล่งที่มาของรายได้ (Occupation/Earnings)

2.1 อาชีพ (Occupation)

☐ เกษตรกร (Agriculturist) ☐ ข้าราชการ (Government Officer) ☐ ข้าราชการบำนาญ (Retired Government Officer) ☐ ครู/อาจารย์ (Teacher)
☐ เจ้าของกิจการ (Business Owner) ☐ ตำรวจ/ทหาร (Police/Soldier) ☐ นักกฎหมาย (Lawyer) ☐ นักคอมพิวเตอร์ (Programmer)
☐ นักการเมือง (Politician) ☐ นักบวช (Priest) ☐ นักบัญชี (Accountant) ☐ นักเรียน/นักศึกษา (Student)
☐ พนักงานบริษัท (Employee) ☐ พนักงานของรัฐ (Government Employee) ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ (State Enterprise Employee) ☐ พ่อบ้าน/แม่บ้าน (House Warden/Housemaid)
☐ แพทย์/สัตวแพทย์ (Doctor/Veterinarian) ☐ รับจ้าง (Contractor) ☐ วิศวกร/สถาปนิก/มัณฑนากร (Engineer/Architect/Interior Designer) ☐ ศิลปินนักแสดง (Artist/Actor)
☐ บุคลากรทางการแพทย์ (Medical Profession) ☐ อาชีพอิสระ (Freelance)
☐ ค่าอัญมณี เพชรพลอย ทองคำ หรือเครื่องประดับที่ประดับด้วยอัญมณี เพชรพลอยหรือทองคำ

(Trading of precious stones, diamonds, gems, gold, or ornaments decorated with precious stones, diamonds, gems, or gold)

☐ ค้าของเก่า (Trading in antiques under the law governing selling by auction and trading in antiques)
☐ รับแลกเปลี่ยนเงินตรา (Exchange of currency, both natural and legal person)
☐ ให้บริการโอนและรับโอนมูลค่าเงินทั้งภายในประเทศและข้ามประเทศ (Funds or Value Transfer service, domestic or cross-border, that is not a financial institution.)
☐ ธุรกิจคาสีโน บ่อนการพนัน (Casino or Gambling house business) ☐ ธุรกิจสถานบริการ (Entertainment facility under the law governing entertainment facility)
☐ ค้าอาวุธยุทโธปกรณ์ (Trading in arms and ammunition (armament))
☐ จัดหางาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับคนเข้ามาทำงานจากต่างประเทศหรือส่งคนไปทำงานในต่างประเทศ

(Employment agent, which is related to accepting foreigner to work in the Kingdom or sending Thai national to work in foreign country)

☐ ธุรกิจนำเที่ยว บริษัททัวร์ (Travel or Tour agent.) ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ (Other, please specify).....

2.2 ตำแหน่ง (Position)

☐ ข้าราชการการเมืองระดับท้องถิ่น (Local Political Official) ☐ ข้าราชการการเมืองระดับประเทศ (National Political Official) ☐ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการภาครัฐ (Public Operators)
☐ เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการภาคเอกชน (Private Operator) ☐ เจ้าหน้าที่ระดับล่างภาครัฐ (Lower-level Public Officer) ☐ เจ้าหน้าที่ระดับล่างภาคเอกชน (Lower-level Private Officer)
☐ เจ้าหน้าที่อาวุโสภาครัฐ (Senior Public Officer) ☐ เจ้าหน้าที่อาวุโสภาคเอกชน (Senior Private Officer) ☐ ผู้บริหารระดับล่างภาครัฐ (Lower-level Public Executive Management)
☐ ผู้บริหารระดับล่างภาคเอกชน (Lower-level Private Executive Management) ☐ ผู้บริหารระดับกลางภาคเอกชน (Middle-level Private Executive Management)
☐ ผู้บริหารระดับสูงภาคเอกชน (Top-level Private Executive Management) ☐ ผู้บริหารระดับกลางภาครัฐ (Middle-level Public Executive Management)
☐ ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐ (Top-level Public Executive Management) ☐ อื่นๆ (Other) (ระบุ) (Please specify)

2.3 แหล่งที่มาของรายได้ (Sources of Income)

☐ เงินเดือน (Salary) บาท/เดือน (Baht/month) ☐ รายได้อื่น ๆ (Other income) จำนวน บาท/เดือน (Baht/month)
 ระบุที่มา (Please specify source of income)

ขอรับรองว่าแหล่งที่มาของรายได้ (☐ อยู่ ☐ ไม่อยู่) ในพื้นที่หรือประเทศที่ไม่มีการใช้หรือประยุกต์ใช้มาตรฐานสากลด้านการป้องกันปราบปรามการฟอกเงินและการต่อต้านการ
 สนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้ายอย่างเพียงพอหรือพื้นที่หรือประเทศที่มีความเสี่ยงสูงด้านการฟอกเงินและการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้าย, พื้นที่ที่อยู่ภายใต้ประกาศ
 สถานการณ์ฉุกเฉิน, พื้นที่ที่สำนักงาน ป.ป.ช.พิจารณาให้เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงด้านการฟอกเงินหรือการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้ายหรือการกระทำความผิดมูลฐาน
 (Hereby certify that the sources of income (☐ are ☐ are not) come from The areas or Jurisdictions listed in the Financial Action Task Force's Public Statement
 as not apply or not sufficiently apply International Standards in Anti-Money Laundering and Combating the Financing of Terrorism as areas or jurisdictions
 having high risk in money laundering and terrorism financing , The area under State of Emergency Notification under emergency law on government administration
 under state of emergency , The area prescribed by the Anti-Money Laundering Office as high money laundering and terrorism financing risk areas, which will be
 specifically prescribed only in case where there is situation causing high risk)

3. ที่อยู่ (Address)

3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สะดวกในการติดต่อ) (Current Address (where is convenient to contact))

เลขที่ (House No.) อาคาร (Building) ชั้น (Floor) ห้อง (Room)
 หมู่ที่ (Moo) หมู่บ้าน (Village) ซอย (Soi) ถนน (Road)
 ตำบล/แขวง (Sub-district) อำเภอ/เขต (District) จังหวัด (Province)
 รหัสไปรษณีย์ (Postal Code) โทรศัพท์บ้าน (Phone) โทรศัพท์มือถือ (Mobile)

3.2 ที่อยู่ทำงาน (Working Place)

เลขที่ (No.) อาคาร (Building) ชั้น (Floor) ห้อง (Room)
 หมู่ที่ (Moo) หมู่บ้าน (Village) ซอย (Soi) ถนน (Road)
 ตำบล/แขวง (Sub-district) อำเภอ/เขต (District) จังหวัด (Province)
 รหัสไปรษณีย์ (Postal Code) โทรศัพท์ (Phone) โทรสาร (Fax)

4. รายละเอียดการเอาประกันภัย (Details of Insurance) ประเภทการเอาประกันภัย (Type of Insurance)

ผู้รับประโยชน์ที่แท้จริง (Real Beneficiary) ☐ นาย (Mr.) ☐ นาง (Mrs.) ☐ นางสาว (Miss) ☐ อื่นๆ (Other)
☐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID Card No.) ☐ เลขหนังสือเดินทาง (Passport No.)

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (Relationship with the Insured) (ระบุ) (Please specify)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความที่ระบุในใบรายละเอียดแสดงตนนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statements are true and correct in every respect.)

หมายเหตุ: แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

หรือสำเนาหนังสือเดินทาง

The insured's signature ()

(Remark: Please attach copy of ID card or passport.)

วันที่ (Date)

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดโปรดติดต่อฝ่าย Customer Validation & Intermediary Admin โทร. 0-2638-9136, 0-2638-9226