





กรณีการชำระเงินโดยเช็ค การโอนเงิน หรือการโอนเงินผ่านธนาคาร เงิน หรือเอกสาร (เช่น หนังสือเดินทาง) ท่านสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ในกระดาษ และแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม

รายละเอียด (รวมถึงสถานที่เกิดเหตุ ถ้าเป็นเงิน กรณีการชำระเงิน)	เจ้าของ	ราคาที่เข้ามา (กรณีการชำระเงิน สกุลเงิน)	วันที่และสถานที่ ซื้อ (กรณีการชำระเงิน ถ้าท่านไม่ได้เป็นเจ้าของ)	วิธีการชำระเงิน (เช่น บัตร เครดิต)	จำนวนเงิน ที่เรียกร้อง สินไหม (โปรด ระบุสกุลเงิน)

### C. การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากสัมภาระล่าช้า

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.C และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรณีการชำระเงินที่และเวลาที่ท่านเดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง

วัน : เวลา : เที่ยวบิน :

สาเหตุที่สัมภาระล่าช้า :

ท่านเคยได้รับการชดเชยจากบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวหรือหน่วยงานอื่นๆ หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด

### D. การเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล หรือการติดก่อนการเดินทาง

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมของท่านเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลในส่วน 1, 2.D, 2.G และ 3 ให้ครบถ้วนและส่งคืนพร้อมเอกสารหลักฐานที่ระบุไว้ในตอนท้าย

กรณีการชำระเงินที่ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย :

วันที่ : ประเทศ :

กรณีการชำระเงินค่าของบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเรียกร้องสินไหมเนื่องจากการติดก่อนการเดินทาง กรุณาระบุเหตุผล :





## 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:

### ส่วน 3 การจ่ายสินไหม (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

#### วิธีการจ่ายสินไหม

กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ทันต้องการ

ผ่านธนาคารของท่าน

ชื่อบริษัท :

ชื่อบัญชี :

SWIFT/IBAN Code (สำหรับบัญชีต่างประเทศเท่านั้น)

โดยเช็คส่งไปยังที่อยู่ (ที่ระบุในส่วน A)

กรุณาอ่านคำรับรองข้างล่างอย่างระมัดระวังและลงชื่อพร้อมวันที่

#### คำรับรอง (Declaration)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมนี้ เป็นความจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าทราบว่าผู้บริหารงานหรือตัวแทนอาจจะมอบให้หรือนำข้อมูลมาจากผู้ประกันภัยรายอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่น ซึ่งรายละเอียดส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องสินไหมนี้

ลายเซ็นผู้เรียกร้องสินไหม

วันที่

#### Additional information



## Release of medical information

I, \_\_\_\_\_ passport number \_\_\_\_\_, hereby authorize any hospital, physician or other person who has medically examined me to furnish AWP Services (Thailand) Co., Ltd. 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 AWP Services (Thailand) Co., Ltd. to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims.

Patient's signature:

Witness's signature:

Date of signature and location:

เรียน ท่านผู้เอาประกันภัย และผู้ที่เกี่ยวข้อง

## การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน

ด้วย นับตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2555 เป็นต้นไป กฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน กำหนดให้บริษัทประกันวินาศภัยจะต้องจัดให้ผู้เอาประกันภัยแสดงตนโดยแนบสำเนาเอกสารแสดงตนตามที่สรุปมาในตารางข้างล่างนี้

สัญชาติ	บุคคลธรรมดา	นิติบุคคล
ไทย	บัตรประจำตัวประชาชน	หนังสือรับรองการจดทะเบียน (อายุไม่เกิน 6 เดือน)
ต่างด้าว	หนังสือเดินทาง	หลักฐานรับรองสถานภาพตามกฎหมายของนิติบุคคลดังกล่าว

นอกจากนี้ กฎหมายฉบับดังกล่าวยังมีผลบังคับต่อไปอีกว่า ผู้เอาประกันภัยจะต้องให้ข้อมูลแก่บริษัทประกันวินาศภัยตามรายการที่กำหนด ซึ่งในเรื่องนี้สมาคมประกันวินาศภัยได้ร่วมกับสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน จัดทำแบบรายการแสดงตนมาตรฐานของบริษัทประกันวินาศภัยไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ หากผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันภัย หรือผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นอีกบุคคลหรือนิติบุคคลหนึ่งที่มีชื่อผู้เอาประกันภัย กฎหมายกำหนดให้ผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันภัย และผู้รับค่าสินไหมทดแทนก็ต้องดำเนินการตามที่กล่าวมาข้างต้น เช่นเดียวกัน

เนื่องจาก บริษัทฯ ได้ตรวจสอบข้อมูลในระบบฯ ณ วันที่ออกหนังสือฉบับนี้แล้วไม่พบข้อมูลตามรายการข้างล่างนี้ของท่าน

[ ] สำเนาเอกสารแสดงตน [ ] แบบรายการแสดงตน (ตามแบบที่แนบมาทำหนังสือฉบับนี้)

ดังนั้น เพื่อปฏิบัติให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด บริษัทฯ จึงขอให้ท่านส่งสำเนาเอกสารแสดงตน และ/หรือแบบรายการแสดงตน (แล้วแต่กรณี) มายังบริษัทฯ โดยช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ดังนี้ (โดยเขียนข้อความกำกับไว้ด้วยว่าเป็นเอกสารตามกฎหมายฟอกเงิน เพื่อการเอาประกันภัยหรือชำระค่าเบี้ยประกันภัยหรือรับค่าสินไหมทดแทน)

1. โทรสารหมายเลข : 0-2638-9040
2. e-mail address : cus\_validate@allianz.co.th
3. ทางไปรษณีย์ถึง : หน่วยงานตรวจสอบเอกสารลูกค้า (Customer Validation) เลขที่ 898

อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 1 โชน B ชั้น 7 โชน B ชั้น 8 โชน A และ B ชั้น 9 โชน A2 และ B2 ชั้น 18 โชน A ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กรณีที่บริษัทฯ ไม่ได้รับเอกสารดังกล่าวหากเป็นกรณีแจ้งขอเอาประกันภัย บริษัทฯ อาจมีความจำเป็น ต้องยกเลิกกรมธรรม์ของท่าน แต่หากเป็นกรณีอื่นบริษัทฯ อาจจำเป็นต้องระงับการทำรายการไว้จนกว่าจะมีการปฏิบัติให้เป็นตามที่สรุปมาข้างต้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่ออกโดยระบบคอมพิวเตอร์ ดังนั้น บริษัทฯ ต้องขอภัยหากท่านได้ส่งหลักฐาน ดังกล่าวก่อนที่จะได้รับหนังสือฉบับนี้ บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หน่วยงานตรวจสอบเอกสารลูกค้า

เอกสารที่ส่งมาด้วย :

- (1) แบบรายการแสดงตน (ประเภทบุคคลธรรมดา)
- (2) แบบรายการแสดงตน (ประเภทนิติบุคคล)

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/นักออกแบบ (Engineer/Architect/Interior Designer)  ศิลปินนักแสดง (Artist/Actor)  
 บุคลากรทางการแพทย์ (Medical Profession)  อาชีพอิสระ (Freelance)  
 ค้าอัญมณี 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.)

ธุรกิจคาสิโน บ่อนการพนัน (Casino or Gambling house business)  ธุรกิจสถานบริการ (Entertainment facility under the law governing entertainment facility)

ค้าอาวุธยุทโธปกรณ์ (Trading in arms and ammunition (armament))

จัดหางาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับรับการรับคนเข้ามาทำงานจากต่างประเทศหรือส่งคนไปทำงานในต่างประเทศ

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

ธุรกิจนำเที่ยว บริษัททัวร์ (Travel or Tour agent.)

อื่นๆ 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 ข้อมูลที่ระบุในใบรายละเอียดแสดงตนนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ (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