แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกกรณีการเจ็บป่วย / อุบัติเหตุ (OPD, OPD-ER FORM)

สำหรับผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องกรอก

1. ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ/สกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี

ชื่อบริษัทผู้ถือกรมธรรม์.....

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม เลขที่.....แผน.....หมายเลขสมาชิก.....

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....

.....โทรศัพท์.....

กรณีที่ท่านต้องการให้บริษัทจ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาลผ่านบัญชีธนาคาร กรุณาระบุ ชื่อธนาคาร.....

ชื่อเจ้าของบัญชี..... เลขที่ บัญชี.....

2. กรณีการรักษาที่มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย (สำหรับแพทย์ผู้รักษาลงบันทึกเกี่ยวกับการ ตรวจและการรักษา)

2.1 อาการเจ็บป่วย.....

2.2 อาการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นมานานเท่าใด ..... วัน .....เดือน .....ปี

2.3 อาการเจ็บป่วยเดียวกันนี้เคยได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุชื่อสถานพยาบาล และที่อยู่โดยสังเขป.....

.....และได้รับการรักษาโดยวิธี .....

2.4 การวินิจฉัยโรค 1.....

2.5 การวินิจฉัยโรค 2.....

(.....) ตัวบรรจง วันที่ .....

แพทย์..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ .....

3. กรณีการรักษาที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ / การถูกทำร้ายร่างกาย (สำหรับแพทย์ผู้รักษาลงบันทึกเกี่ยวกับการ ตรวจและการรักษา)

3.1 วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ .....

3.2 เหตุเกิดขึ้นอย่างไร โปรด บรรยายลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ และสาเหตุที่เกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด .....

.....

.....

.....

3.3 มีการแจ้งความ ☐ ไม่มี ☐ มี ที่สถานีตำรวจ .....วันที่ .....

3.4 ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะบาดแผล.....

.....

.....

3.5 กรุณาระบุวันที่ และสถานที่ ที่รับการรักษา.....

(.....) ตัวบรรจง วันที่ .....

แพทย์..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ **บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด(มหาชน)** หรือผู้แทน อนึ่งสำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับและสมบูรณ์ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ์.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

วันที่ .....

*** กรณีมีหรือข้อสงสัยเรื่องการกรอกแบบเรียกร้องฯ ติดต่อสอบถามได้ที่หมายเลข 0 – 2401 - 9189 ต่อแผนกสินไหมทดแทน***

บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) เลขที่ 152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพ 10500 โทร 662 401 9160 แฟ็กซ์ 662 401 9161