

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาลกรณีการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร (Maternity Claim Form)

สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องกรอก

| | |
|--|----------------------------|
| 1. ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย | |
| 1.1 ชื่อ/สกุลผู้เอาประกันภัย..... | อายุ.....ปี |
| 1.2 ชื่อบริษัทผู้ถือกรมธรรม์..... | |
| 1.3 กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม เลขที่..... | แผน.....หมายเลขสมาชิก..... |
| 1.4 สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... | |
|โทรศัพท์..... | |
| 1.5 กรณีที่ท่านต้องการให้บริษัทจ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาลผ่านบัญชีธนาคาร กรุณาระบุรายละเอียดดังนี้ | |
| 1.5.1 ชื่อธนาคาร..... | |
| 1.5.2 ชื่อเจ้าของบัญชี | |
| 1.5.3 เลขที่บัญชี | |
| 2. รายละเอียดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ | |
| 2.1 ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ..... | |
| 2.2 ทราบว่าตั้งครรภ์เมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ..... | |
| 2.3 เคยตั้งครรภ์มาก่อนหรือไม่ หากเคย ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่เท่าใด | |
| 2.4 หากเคยตั้งครรภ์มาก่อน การตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย คลอดด้วยวิธีใด..... | |
| 2.5 ฝากครรภ์ที่ใด (ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ สำหรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้) | |
| 2.6 ระบุอายุครรภ์สำหรับการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เดือน สัปดาห์ | |
| 2.7 กำหนดคลอดสำหรับการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน วันที่เดือนพ.ศ..... | |
| 2.8 คาดว่าจะคลอดโดยวิธี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท แปะซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับและสมบูรณ์ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน
(.....) ตัวบรรจง
ความสัมพันธ์.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....) ตัวบรรจง
วันที่

*** กรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกรอกแบบเรียกร้องฯ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่โทรศัพท์หมายเลข 0-2401-9189 ต่อแผนกสินไหมทดแทน ***

PREGNANCY AND CHILDBIRHT CLAIM FORM (Outpatient / Inpatient)

All section must be completed by the Insured Person / Claimant

| |
|---|
| <p>1. Insured person's information</p> <p>1.1 Insured person's name Age</p> <p>1.2 Policy Holder (Company Name)</p> <p>1.3 Policy number Plan Member number</p> <p>1.4 Present address..... Tel.....</p> <p>1.5 In case that you require the company to reimburse you thru your bank account, please state your bank details as below;</p> <p> 1.5.1 Bank Name</p> <p> 1.5.2 Account Name</p> <p> 1.5.3 Account Number.....</p> |
| <p>2. Pregnancies Details</p> <p>2.1 Last Menstruation Period (LMP): DateMonth.....Year</p> <p>2.2 When you were told of the pregnancy: Date..... Month.....Year.....</p> <p>2.3 Have you ever had a pregnancy: <input type="checkbox"/> Yes, <input type="checkbox"/> No.</p> <p>2.4 If yes, please specify the previous pregnancy delivery type: <input type="checkbox"/> Vaginal Delivery, <input type="checkbox"/> C-section (Surgical delivery)</p> <p>2.5 Name of your Antenatal Care Facilities (Hospital name / Clinic Name)</p> <p>2.6 How far along the pregnancy is? monthsweeks</p> <p>2.7 Estimated date of delivery (EDC / EDD): Date Month.....Year.....</p> <p>2.8 Expected type of delivery: <input type="checkbox"/> Vaginal Delivery, <input type="checkbox"/> Surgical delivery</p> |

I authorize any physician or hospital or any organization that has any records or knowledge of me or my health to disclose to Pacific Cross Health Insurance PCL or its representative any and all information about me with information concerning any medical history and physical condition. A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

Guardians
 (.....)
 Relationship

Insured Person
 (.....)
 Date

*** Any inquiry for fill out the form, please contact Claims Department at 0-2401-9189 ***