

VISION CLAIM FORM

(All sections must be completed)

Dear: Ophthalmologist (เรียน จักษุแพทย์),

In order for the insured received vision benefits under policy, please complete the result of claim report. Follow instructions as below:

(เพื่อให้ผู้เอาประกันท่านได้รับผลประโยชน์สายตาภายใต้กรมธรรม์ กรุณากรอกผลการตรวจสายตา คำแนะนำด้านล่างนี้)

Instruction (คำแนะนำ):

- Please specify name-surname of insured, examination date (โปรดระบุ ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกัน วันที่ตรวจ)
- Visual Acuity, Refraction Assessment, Tonometry and Optic Disc must be in form of number, the wording normal, NA, None or any sign such as - , / , are not acceptable. (โปรดระบุค่า Visual Acuity, Tonometry and Optic Disc เป็นตัวเลข, Refraction Assessment ระบุเป็นตัวเลขค่าสายตาสั้น, ยาว, เอียง หากไม่มีค่าสายตาโปรดระบุตัวเลข +0.00 บริษัทฯ ไม่นอมนัดการบันทึกค่าเป็น Normal , NA , None , - หรือ เว้นว่าง)
- For the other examination results, please specify the clear results.
*** The wording normal, NA , None or any sign such as - , / ,are not acceptable. ***
(สำหรับผลการตรวจอื่นๆ กรุณาระบุผลตรวจให้ชัดเจน *** บริษัทฯ ไม่นอมนัดการบันทึกค่าเป็น Normal, NA , None , - หรือ เว้นว่าง) ***
- Please stamp hospital or clinic logo, name-surname of ophthalmologist and ophthalmologist license number on report (โปรดประทับตราโรงพยาบาลหรือคลินิก ลงชื่อ-นามสกุลของจักษุแพทย์ และเลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจักษุวิทยาในรายงาน)

SECTION A - PARTICULARS OF THE EXAMINEE

| | | |
|--|---------------------------------|------------|
| Name - Surname: | Date of Birth (DD/MM/YY): | Sex: |
| Examination Date (DD/MM/YY): | Policy No. : | |
| If group insurance, name of the Policy Holder: | | |

SECTION B - EXAMINING OPTOMETRIST'S REPORT

| | |
|---|--|
| 1 | Please describe general condition of eyes : |
| 2 | Other abnormalities or observations: please specify : |
| 3 | Report on Vision Examination (as per symbols shown) : Visual Acuity O.S. = O.D. = Refraction Assessment (Autorefractor) O.S. = O.D. = Tonometry O.S. = O.D. = Cornea O.S. = O.D. = Conjunctiva / Pterygium O.S. = O.D. = Lens / Cataract O.S. = O.D. = Retina O.S. = O.D. = Optic Disc O.S. = O.D. = |

The company is very grateful to you for following the instructions as above.

(บริษัทฯ ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้น)

Name - Surname of Ophthalmologist :

Medical License No. :

Telephone No. :

กรุณาประทับตราโรงพยาบาลหรือคลินิก

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทร: 02 401 9189 | โทรสาร: 02 401 9187

Pacific Cross Health Insurance PCL

152 Chartered Square Building 21st Floor, Room 21-01,
North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500
Tel.: +66 (0) 2 401 9189 | Fax: +66 (0) 2 401 9187

Tax Number: 0107556000086