

# แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน



A member of the Pacific Cross Group of Companies

- เสียชีวิต                       สูญเสียอวัยวะ                       ทูพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว                       ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง  
 ค่ารักษาพยาบาล                       ค่ารักษาทันตกรรม                       ค่ารักษาจักษ                       อื่นๆ .....

1	ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน : ..... เพศ : ..... อายุ : ..... อาชีพ : ..... ที่อยู่ : เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ : ..... หมายเลขกรมธรรม์ : ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย : .....
2	กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร : ..... สาขา : ..... ชื่อบัญชี : ..... เลขที่บัญชี : .....
3	กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ <input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> ผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ไอซียู <input type="radio"/> อื่นๆ .....
3.1	ชื่อโรงพยาบาล : ..... วันที่เข้ารับรักษา : ..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล : .....
3.2	อาการเจ็บป่วย : .....
3.3	อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล : .....
3.4	ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล : ..... แผนกที่เข้ารับการรักษา : .....
3.5	ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ : .....
3.6	ได้รับการรักษาโดย <input type="radio"/> การฉายยา <input type="radio"/> การผ่าตัด (ระบุ) ..... <input type="radio"/> อื่นๆ .....
3.7	ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : <input type="radio"/> เอ็กซเรย์ <input type="radio"/> ตรวจหัวใจ <input type="radio"/> ตรวจโรค <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) .....
4	กรณีที่มีการรักษาอาการบาดเจ็บ มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ / สูญเสียอวัยวะ / ทูพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว / ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
4.1	สถานที่เกิดเหตุ : ..... วันที่เกิดเหตุ : ..... เวลาที่เกิดเหตุ : .....
4.2	เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) : .....
4.3	อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล : .....
4.4	มีการเจ็บปวดหรือไม่ : <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ณ สถานที่ตรวจ ..... เมื่อวันที่ : .....
4.5	ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา : ..... เมื่อวันที่ : .....
4.6	ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา : ..... แผนกที่ทำการรักษา : ..... เมื่อวันที่ : .....
4.7	วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย : .....
4.8	ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : <input type="radio"/> เอ็กซเรย์ <input type="radio"/> ตรวจหัวใจ <input type="radio"/> ตรวจโรค <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) .....
4.9	อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) : .....
5	กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ทำนเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ : <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> อายุครรภ์ ..... สัปดาห์
6	กรณีที่ได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ .....

ข้าพเจ้า ผู้ลงนามข้างท้ายแบบเรียกร้องฉบับนี้ ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจในการให้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท แอปิพิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายจากบริษัท เพื่อเก็บรวบรวมและใช้ประโยชน์ ในการประมวลผล การพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การพิจารณารับประกันภัย ตลอดจนการต่ออายุประกันภัย และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะมีการบอกเลิกเพิกถอนความยินยอมนี้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

**เฉพาะสมาชิกประกันกลุ่ม** ที่ประสงค์ให้จ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาลให้กับนายจ้าง  
 ข้าพเจ้าประสงค์ให้บริษัทจ่ายค่าสินไหมทดแทนจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยในครั้งนี้ให้แก่  
 ..... ("นายจ้าง") เนื่องจากนายจ้างได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเรียบร้อยแล้ว โดยให้นายจ้างสามารถติดต่อบริษัทในนามของนายจ้างได้โดยตรง และ  
 ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้นับกับบริษัทอีกต่อไป

ลงชื่อ ..... \*กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
 ผู้เอาประกันภัย ..... พร้อมกับเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง\*\*

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
 ( ..... )  
 ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน  
 ( ..... )  
 ความสัมพันธ์ .....  
 (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

**บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)**  
 152 อาคารชาโรตอร์สแควร์ 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 21<sup>st</sup> 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