

- 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"/> การฉายา <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 การพิจารณาตัดสินสินไหมทดแทน การพิจารณาปรับประกันภัย ตลอดจนการต่ออายุประกันภัย และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะมีการยกเลิกเพิกถอนความยินยอมนี้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

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

ลงชื่อ *กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 ผู้เอาประกันภัย พร้อมกับเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง**

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