

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:

(เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยได้รับผลประโยชน์สายตาภายใต้กรมธรรม์ กรุณากรอกผลการตรวจสายตา คำแนะนำด้านล่างนี้)

Instruction (คำแนะนำ):

- Please specify name-surname of insured, examination date (โปรดระบุ ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย 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 ไม่นอนุมัติการบันทึกค่าเป็น 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 ไม่นอนุมัติการบันทึกค่าเป็น 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)
3 อาคารจินนาการ ชั้นที่ 16 โซนบีซี
ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร : 0 2 401 9189 | โทรสาร : 0 2 401 9187

Pacific Cross Health Insurance PCL
3 Rajanakarn Building 16th Floor Zone BC
South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. : +66 (0) 2 401 9189 | Fax : +66 (0) 2 401 9187

Tax Number: 0107556000086