

# แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน



A member of the Pacific Cross Group of Companies

- เสียชีวิต       สูญเสียอวัยวะ       ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว       ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง  
 ค่ารักษาพยาบาล       ค่ารักษาทันตกรรม       ค่ารักษาฉุกเฉิน       อื่น ๆ .....

1	ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน : ..... เพศ : ..... อายุ : ..... อาชีพ : ..... ที่อยู่ : เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ : ..... หมายเลขกรมธรรม์ : ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย : .....
2	กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณานำใบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร : ..... สาขา : ..... ชื่อบัญชี : ..... เลขที่บัญชี : .....
3	กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ <input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> ผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ไอซียู <input type="radio"/> อื่น ๆ .....
3.1	ชื่อโรงพยาบาล : ..... วันที่เข้ารักษา : ..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล : .....
3.2	อาการเจ็บป่วย : .....
3.3	อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล : .....
3.4	ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล : ..... แผนกที่เข้ารับการรักษา : .....
3.5	ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ : .....
3.6	ได้รับการรักษาโดย <input type="radio"/> การใช้ยา <input type="radio"/> การผ่าตัด (ระบุ) ..... <input type="radio"/> อื่น ๆ .....
3.7	ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : <input type="radio"/> เอกซเรย์ <input type="radio"/> ตรวจหัวใจ <input type="radio"/> ตรวจโรค <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....
4	กรณีที่การรักษาอาการบาดเจ็บ มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ / สูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว / ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
4.1	สถานที่เกิดเหตุ : ..... วันที่เกิดเหตุ : ..... เวลาที่เกิดเหตุ : .....
4.2	เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) : .....
4.3	อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ : .....
4.4	มีการแจ้งความหรือไม่ : <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ณ สถานีตำรวจ ..... เมื่อวันที่ : .....
4.5	ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา : ..... เมื่อวันที่ : .....
4.6	ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา : ..... แผนกที่ทำการรักษา : ..... เมื่อวันที่ : .....
4.7	วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย : .....
4.8	ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : <input type="radio"/> เอกซเรย์ <input type="radio"/> ตรวจหัวใจ <input type="radio"/> ตรวจโรค <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....
4.9	อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) : .....
5	กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ : <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> อายุครรภ์ ..... สัปดาห์
6	กรณีที่ได้รับความเสียหาย การรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ .....

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

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน      ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
 ( ..... )      ( ..... )

ความสัมพันธ์ .....  
 (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)