https://labourinsure.com/

ข่าวสารและการเคลมประกัน

เลือกเมนู “ค้นหาโรงพยาบาล" : เว็บไซต์แสดงข่าวสารและรายละเอียด เงื่อนไข การเคลมประกัน

labourinsure.com/search_hospital

LabourInsure

หน้าแรก | คู่มือ / ถามตอบ | ศูนย์การเรียนรู้ | ข่าวสาร | ค้นหาใบรับรอง | ตรวจสอบเอกสาร | ค้นหาโรงพยาบาล | ติดต่อบริษัท | เข้าสู่ระบบ

ค้นหา โรงพยาบาลในเครือ

• โรงพยาบาลในเครือ (ดาวน์โหลด)

หรือ ค้นหา

ชื่อโรงพยาบาล / ภูมิภาค / จังหวัด / เขต

ค้นหา

โรงพยาบาลนอกเครือ

• แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (ดาวน์โหลดภาษาไทย) (ดาวน์โหลดอังกฤษ)

LabourInsure PACIFIC CROSS

ขั้นตอนการเรียกร้องสินไหม
กรณีรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลนอกเครือ

ขั้นตอนการแจ้งเคลมประกันสุขภาพ และ อุบัติเหตุแรงงานต่างด้าว

1. นำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม ตามรายละเอียดดังนี้
- แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารตามแนบ)
- ใบเสร็จรับเงินตัวจริง

รายละเอียด เงื่อนไข การเคลมประกัน

PACIFIC CROSS LABOUR INSURE

ขั้นตอนการเรียกร้องสินไหม
กรณีรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลนอกเครือ

ขั้นตอนการแจ้งเคลมประกันสุขภาพ และ อุบัติเหตุแรงงานต่างด้าว

1. นำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม ตามรายละเอียดดังนี้
- แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารตามแนบ)
- ใบเสร็จรับเงินตัวจริง
- ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบรายงานแพทย์ตัวจริง
- สำเนา ใบอนุญาตทำงาน , พาสปอร์ต หรือเอกสารที่ระบุเลขประจำตัวแรงงานที่ตรงกับใบรับรองกรมธรรม์
- สำเนาใบรับรองกรมธรรม์
- สำเนาหน้าสมุดบัญชี

เอกสารเพิ่มเติม : กรณีนายจ้างสำรองจ่ายเงิน

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนนายจ้าง (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)

-สำเนาหน้าสมุดบัญชี

-หนังสือรับรองบริษัท ฯ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มีอำนาจ 1 ท่าน (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง) : กรณีนายจ้างเป็นนิติบุคคล

2. ท่านสามารถส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม ดังนี้

จัดส่งทางไปรษณีย์ ส่งถึงฝ่ายสินไหม บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารซาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21 - 01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

พร้อมทั้งระบุ ชื่อ - นามสกุล และ หมายเลขโทรศัพท์ เพื่อให้ทางแผนกสินไหมติดต่อกลับได้
ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ชัดเจน

3. ทางศูนย์สินไหมทดแทน จะพิจารณาอนุมัติจ่ายเงิน ภายใน 7 - 14 วันทำการ
นับจากวันที่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสินไหมได้รับเอกสารเรียกร้องสินไหมครบถ้วน

ศูนย์สินไหมทดแทน TPA โทร 02-494-7004

สามารถดาวน์โหลด " แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนรายละเอียด "

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน

PACIFIC CROSS

○ เสียชีวิต ○ สูญเสียอวัยวะ ○ ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ○ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
○ ค่ารักษาพยาบาล ○ ค่ารักษาทันตกรรม ○ ค่ารักษาจักษุ ○ อื่น ๆ .....

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 ○ ผู้ป่วยนอก ○ ผู้ป่วยใน ○ ไอซียู ○ อื่น ๆ .....
3.1 ชื่อโรงพยาบาล : ..... วันที่เข้ารักษา : ..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล : .....
3.2 อาการเจ็บป่วย : .....
3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล : .....
3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล : ..... แผนกที่เข้ารับการรักษา : .....
3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ : .....
3.6 ได้รับการรักษาโดย ○ การใช้ยา ○ การผ่าตัด (ระบุ) ..... ○ อื่น ๆ .....
3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : ○ เอ็กซเรย์ ○ ตรวจหัวใจ ○ ตรวจโรค ○ อื่น ๆ (ระบุ) .....

4 กรณีที่การรักษาอาการบาดเจ็บ มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ / สูญเสียอวัยวะ / ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว / ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
4.1 สถานที่เกิดเหตุ : ..... วันที่เกิดเหตุ : ..... เวลาที่เกิดเหตุ : .....
4.2 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) : .....
4.3 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล : .....
4.4 มีการแจ้งความหรือไม่ : ○ ไม่มี ○ มี ณ สถานีตำรวจ ..... เมื่อวันที่ : .....
4.5 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา : ..... เมื่อวันที่ : .....
4.6 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา : ..... แผนกที่ทำการรักษา : ..... เมื่อวันที่ : .....
4.7 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย : .....
4.8 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : ○ เอ็กซเรย์ ○ ตรวจหัวใจ ○ ตรวจโรค ○ อื่น ๆ (ระบุ) .....
4.9 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) : .....

5 กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ : ○ มี ○ ไม่มี ○ อายุครรภ์ ..... สัปดาห์

6 กรณีที่ได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น
กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์
.....

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

เฉพาะสมาชิกประกันกลุ่มที่ประสงค์ให้จ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาลให้กับนายจ้าง
ข้าพเจ้าประสงค์ให้บริษัทจ่ายค่าสินไหมทดแทนจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยในครั้งนี้ให้แก่ ..... ("นายจ้าง") เนื่องจากนายจ้างได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเรียบร้อยแล้ว โดยให้นายจ้างสามารถติดต่อบริษัทในนามของนายจ้างได้โดยตรง และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ที่จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้กับบริษัทอีกต่อไป

ลงชื่อ _____
ผู้เอาประกันภัย

กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมกับเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน
(.....)

ความสัมพันธ์ .....
(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทร : 02 401 9189 | โทรสาร : 02 401 9187

Pacific Cross Health Insurance PCL
152 Chartered Square Building 21st Floor,
North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500
Tel: +66 (0) 2 401 9189 | Fax: +66 (0) 2 401 9187

Tax Number: 0107556000086

CLAIM FORM – INJURY, ILLNESS

PACIFIC CROSS

○ Loss of Life ○ Lose of Organs ○ Temporary Total Disability ○ Permanent and Total Disability
○ Medical Expenses ○ Dentistry ○ Ophthalmology (Vision) ○ Other .....

1 First Name-Surname of the Insured / Authorized person : .....
Sex : ..... Age : ..... Occupation : .....
Address : No. ..... Road ..... Sub-district ..... District ..... Province .....
Tel. : ..... Policy No. : ..... Sum insured : ..... Email Address : .....

2 In case of medical expenses / income compensation while staying in hospital
(Please attach a copy of your bank book with claims documentation)
Transfer to Bank : ..... Branch : .....
Account Name : ..... Account No. : .....

3 In case of illness, please answer the following questions. ○ Out-patient ○ In-patient ○ ICU ○ Other .....
3.1 Hospital Name : ..... Date of Treatment : ___/___/___ (DD / MM / YYYY) Date of Discharge from hospital : ___/___/___ (DD / MM / YYYY)
3.2 Illness : .....
3.3 How long have you had this illness before receiving treatment in hospital? : .....
3.4 Name of Doctor who provided treatment while in hospital : ..... Department Admitted : .....
3.5 Medical Diagnosis : .....
3.6 Treated by ○ Drug use ○ Surgery (specify) ..... ○ Other .....
3.7 Have been examined with the following procedures? :
○ X-ray ○ Heart examination ○ Diagnosis ○ Other (specify) .....

4 In case of injury treatment caused by Accident / Loss of Organs / Temporary Total Disability / Total Permanent Disability please answer the following questions
4.1 Location of Incident : ..... Date of incident : ___/___/___ (DD / MM / YYYY) Time of incident : ___/___/___ (DD / MM / YYYY)
4.2 How did this happen? (Specify) : .....
4.3 Injured organs and description : .....
4.4 Report of incident : ○ No ○ Yes at Police Station ..... Date : .....
4.5 Hospital's Name : ..... Date : .....
4.6 Physician's Name : ..... Department : ..... Date : .....
4.7 Last date of treatment : .....
4.8 Have you been examined for the following procedures? :
○ X-ray ○ Heart examination ○ Diagnosis ○ Other (specify) .....
4.9 Current symptoms or injuries (specify in detail) : .....

5 For women, while admitted to hospital, are you pregnant? : ○ Yes ○ No If yes, Duration ..... Weeks

6 In case of receiving welfare, medical treatment or health insurance with other companies or have co-insurance with other companies, please specify the institution or company name and policy number
Company : ..... Policy No. : .....

I, the signature bearer at the bottom of this Claim Form certifies that I am the authorized person to provide personal information and all of the above statements are true. And I consent to doctors, hospitals, insurance companies, institutional organizations, or anyone with a record of illness or my medical history to disclose all facts to Pacific Cross Health Insurance PCL or the designated person to collect and use to process compensation, consideration Underwriting consideration including the renewal of insurance and I agree that the Company shall disclose the said information to the regulatory agency or the relevant department until the termination of this consent is revoked. In addition, a copy of this consent form shall be considered effective and as complete as the original.

For Group Policy Members Only - Authorization for Claim Payment to Employer
I, hereby, authorize the Insurer to transfer the claim payment for my injury/illness to ..... ("Employer") as my Employer has already paid this claimed amount to me. I authorize my Employer to deal with the Insurer directly in all matters on my behalf. And I willingly forgo my rights to claim for any further expenses related to this injury/illness.

Signed _____
Insured member

A copy of your ID card, signed, with the words "True Copy" written above signature is required.

Signed ..... Insured Person
(.....) (Name)

Signed ..... Insured Person
(.....) (Name)

Relationship .....
(Only if the insured is not in a position to claim)

บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทร : 02 401 9189 | โทรสาร : 02 401 9187

Pacific Cross Health Insurance PCL
152 Chartered Square Building 21st Floor,
North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500
Tel: +66 (0) 2 401 9189 | Fax: +66 (0) 2 401 9187

Tax Number: 0107556000086