

**แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัย
(ประกันภัยสัตว์เลี้ยง)**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.	ชื่อผู้เอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง)
	กรมธรรม์เลขที่.....
	ที่อยู่.....
	ช่องทางที่ให้บริษัทติดต่อ โทรระบบ โทรศัพท์..... E-mail.....
2.	รายละเอียดเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงที่เอาประกันภัย ชื่อของสัตว์เลี้ยง.....
	ประเภท <input type="checkbox"/> สุนัข <input type="checkbox"/> แมว สายพันธุ์.....
	เพศ <input type="checkbox"/> ผู้ <input type="checkbox"/> เมีย อายุปี..... น้ำหนัก..... หมายเลขไมโครชิพ.....
3.	สาเหตุ <input type="checkbox"/> การบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการติดตาม
	โรงพยาบาล/คลินิก.....
	วันที่เข้ารับรักษา..... จำนวน
	ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป.....

	จำนวนเงินเรียกร้อง (บาท).....
4.	ข้อมูลบุคคลภายนอกที่ได้รับความเสียหาย/บาดเจ็บ อันเนื่องมาจากสัตว์เลี้ยง
	ชื่อผู้เสียหาย/ผู้บาดเจ็บ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
	ที่อยู่.....
	โทรศัพท์..... E-mail.....
	รายการทรัพย์สินที่เสียหาย.....
	ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป.....

	จำนวนเงินเรียกร้อง (บาท).....

ส่วนที่ 2 หนังสือยินยอม Authorization

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้สัตวแพทย์ โรงพยาบาลสัตว์ คลินิกกรักษาสัตว์ บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือ โรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาลสัตว์ การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ สัตว์เลี้ยงของข้าพเจ้า รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยและการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง)/ผู้รับประโยชน์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

ชื่อสัตวแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์ ใบอนุญาตเลขที่.....
ชื่อสัตวเลี้ยง..... ประเภท สุนัข แมว สายพันธุ์.....
เพศ ผู้ เมีย อายุปี..... น้ำหนัก.....หมายเลขไมโครชิพ (ถ้ามี)

โรงพยาบาล/คลินิกที่เข้ารับการตรวจรักษา

สาเหตุที่เข้ารับรักษา

ผลการตรวจวินิจฉัย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา

โรงพยาบาล/คลินิกสัตว์

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

วันที่...../...../.....

