Falcon Insurance
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)
A FAIRFAX Company

ใบเรียกร้องผลประโยชน์กรณีการสูญเสียอวัยวะ

คำแถลงผู้เรียกร้อง ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ……………………………………………………………………………………………………

☐ ผู้เอาประกันภัย ☐ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ☐ผู้ทำการแทนโปรดระบุ………………………………………………………………………

มีความประสงค์เรียกร้องการสูญเสียอวัยวะ ดังนี้

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ – สกุล ผู้เอาประกันภัย ……………………………………………………………………… เลขที่กรมธรรม์ ……………………………………………

วัน เดือน ปีเกิด ……………………………………… อายุ ……………………………… อาชีพ ……………………………………………………………

ที่อยู่ปัจจุบัน ………

ช่องทางที่ให้บริษัทติดต่อ โปรดระบุ โทรศัพท์...E-mail…………………………………………………………

ข้อมูลการสูญเสียอวัยวะ

1.วันที่เกิดอุบัติเหตุ...สถานที่เกิดอุบัติเหตุ...

ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ..

วันที่ที่เข้ารับการรักษา...สถานพยาบาล...

2.อวัยวะที่สูญเสีย

☐ มือ , นิ้วมือ โปรดให้รายละเอียดตำแหน่งที่อวัยวะสูญเสีย...

☐ ขา , นิ้วเท้า โปรดให้รายละเอียดตำแหน่งที่อวัยวะสูญเสีย...

☐ อื่นๆ...

3. ท่านมีสิทธิเรียกร้องจากบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ..

ได้รับค่าชดเชยผลประโยชน์กรณีสูญเสียอวัยวะแล้วหรือไม่ ☐อยู่ระหว่างการพิจารณา ☐ได้รับเมื่อวันที่...

หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวม ทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆรวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆรวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เปิดเผยและการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ...ผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน

(...)

ลงวันที่...

บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888

The Falcon Insurance Pubic Company Limited (Head Office)
33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th Fl.,
Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
Tel.: (+66) 2037 9888

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th
falconinsurance.co.th

think independent