

แบบฟอร์มแจ้งความเสียหาย Drone

Attn.....

From/โทร.....

ชื่อผู้เอาประกัน..... เลขที่กรมธรรม์.....

ระยะเวลาคุ้มครอง เริ่มต้น..... สิ้นสุด.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทร.....

อีเมล..... Line ID :.....

ชื่อผู้บังคับ/ผู้ควบคุม ณ วันที่เกิดเหตุ (นาย / นาง / นางสาว)

ที่อยู่.....

เบอร์โทร..... อีเมล..... Line ID:.....

เกี่ยวข้องกับผู้เอาประกันในฐานะ..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น.

สถานที่เกิดเหตุ.....

อธิบายลักษณะการเกิดเหตุโดยละเอียด.....

หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้บริษัทประกันภัย ผู้สำรวจภัยและ/หรือ ผู้ประเมินวินาศภัย แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน หรือองค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับการเอาประกันภัย และการชดเชยค่าสินไหมทดแทน ข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า รายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติการเอาประกันภัยและการชดเชยค่าสินไหมทดแทน ประวัติสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ปรับปรุง เผยและการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน

(.....)

ลงวันที่.....



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวเสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public 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

