

**แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัย  
(ประกันภัยสัตว์เลี้ยง)**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1.	ชื่อผู้เอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง)..... กรรมกรรมเลขที่..... ที่อยู่..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....
2.	รายละเอียดเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงที่เอาประกันภัย ชื่อของสัตว์เลี้ยง..... ประเภท <input type="checkbox"/> สุนัข <input type="checkbox"/> แมว สายพันธุ์..... เพศ <input type="checkbox"/> ผู้ <input type="checkbox"/> เมีย อายุ .....ปี..... น้ำหนัก..... หมายเลขไมโครชิพ.....
3.	สาเหตุ <input type="checkbox"/> การปวดเจ็บ <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการติดตาม โรงพยาบาล/คลินิก..... วันที่เข้ารับรักษา..... จำนวน ..... ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป..... ..... จำนวนค่ารักษาพยาบาล..... บาท
4.	ข้อมูลบุคคลภายนอกที่ได้รับความเสียหาย/บาดเจ็บ อันเนื่องมาจากสัตว์เลี้ยง ชื่อผู้เสียหาย/ผู้บาดเจ็บ.....อายุ.....ปี ที่อยู่..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ..... 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 คลินิก รักษาสัตว์ บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาใน โรงพยาบาลสัตว์ การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ สัตว์เลี้ยงของข้าพเจ้า รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผย และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง)/ผู้รับประโยชน์  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



**ส่วนที่ 3** สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

ชื่อสัตวแพทย์ ..... ผู้ประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์ ใบอนุญาตเลขที่ .....

ชื่อสัตว์เลี้ยง..... ประเภท  สุนัข  แมว สายพันธุ์.....

เพศ  ผู้ เมีย อายุ .....ปี..... น้ำหนัก.....หมายเลขไมโครชิพ (ถ้ามี).....

โรงพยาบาล/คลินิกที่เข้ารับการรักษา.....

สาเหตุที่เข้ารับรักษา.....

ผลการตรวจวินิจฉัย.....

.....

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา  
โรงพยาบาล/คลินิกสัตว์

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....  
วันที่...../...../.....

