

แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
HEALTH & P.A. / HOSPITAL INCOME - CLAIM FORM
 ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยการนอนในโรงพยาบาล ค่าสินไหมกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย / อุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

General Information

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured	เพศ หญิง <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> อายุ _____ ปี Sex Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Age _____ Year		
กรมธรรม์เลขที่ Policy No	อาชีพ Occupation		
ที่อยู่ติดต่อสะดวก Postal Address			
เบอร์โทรศัพท์ Phone No.	เบอร์แฟกซ์ Fax No.		
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลา Time		
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident			
อาการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุ โดยสังเขป (Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred)			
กรณีคนไข้ใน : ชื่อโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ทำการรักษา (IPD)			
เข้ารับการรักษาในรพ.วันที่ Admitted	ออกวันที่ Discharged	รวมพักรักษา Total	วัน day
ท่านกำลังเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ชื่อบริษัท Are you making any other insurance compensation claim? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Name of company			

ส่วนที่ 2 หนังสือยินยอม Authorization

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อ บริษัท ฟอลคอน ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน ถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือ การแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, physician or other person who has attended or examined me, to the Falcon Insurance company Limited or its authorized representative any and all Information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงนาม.....ผู้เรียกร้อง/ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์

Signature Claimant's/Insured's/Beneficiary's

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Date