

แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

HEALTH & P.A. CLAIM FORM

- ค่ารักษาพยาบาล     ค่าชดเชยการนอนในโรงพยาบาล     ค่าสินไหมกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย / อุบัติเหตุ  
Medical expenses    Hospital Income Benefit    Death for illness/accident

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		
ที่อยู่ปัจจุบัน Postal Address			
ช่องทางที่ให้บริการติดต่อ โปรแกรม โทรศัพท์ (Phone No.) E-mail			
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลา Time		
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident			
อาการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred			
ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา Hospital & Clinic Name			
เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลวันที่ Admitted	ออกวันที่ Discharged	รวมพักรักษา Total	วัน day
จำนวนเงินเรียกร้อง (บาท) Claim Amount (Baht)			
ท่านกำลังเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่    ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ชื่อบริษัท Are you making any other insurance compensation claims?    No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Name of company			



**ส่วนที่ 2** หนังสือยินยอม Authorization

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เปิดเผยและการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

I hereby certify that all the statements in this document are true, and I agree to disclosure my personal information to The Falcon Insurance Public Company Limited for use in the performance of the insurance contract and hereby grant authority to The Falcon Insurance Public Company Limited or its representatives, including individuals with the authority of the company, to carry out procedures involving physicians, hospitals, clinics, other insurance companies, government agencies, non-governmental organizations, institutions, or any other individuals or organizations, both within and outside of Thailand. This authorization allows the disclosure of all health-related information, including medical records, details of medical history, illnesses, treatments, consultations, and any other relevant personal information pertaining to my health. I consent to the collection, utilization, disclosure, and any other necessary actions related to the aforementioned data by the company. Furthermore, a photocopy of this document shall be considered equally valid and binding as the original.

ลงนาม.....ผู้เรียกร้อง/ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์  
Signature Claimant's/Insured's/Beneficiary's  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
Date

