

แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยสุขภาพ
CLAIM FORM
 ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยรายได้ ค่าชดเชยการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป General

Information

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured	เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย อายุ _____ ปี Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male Age ____ Year		
กรมธรรม์เลขที่ Policy No	อาชีพ Occupation		
ที่อยู่ติดต่อสะดวก Postal Address	เบอร์โทรศัพท์ Phone No.		
ชื่อโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ทำการรักษา			
วันที่เข้ารับการรักษาตัวในรพ. Admitted	วันที่ออกจากรพ. Discharged	รวมพักรักษา Total	วัน day
ระบุอาการเจ็บป่วย/ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย (Please give cause)			
กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ 1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุรายละเอียดวันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก.....โรงพยาบาล..... 2. ท่านได้เดินทางมาจากต่างประเทศ หรือ จังหวัด หรือสถานบันเทิง ที่มีความเสี่ยง <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ (โปรดระบุสถานที่).....เดินทางกลับมาถึงที่พักวันที่..... 3. ท่านเคยถูกกักตัวโดยหน่วยงานภาครัฐ หรือ กักตัวเองที่พักรักษา <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (โปรดระบุวันที่และสถานที่ที่กักตัว)..... 4. ท่านกำลังเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุชื่อบริษัท.....			

ส่วนที่ 2 หนังสือยินยอม Authorization

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และ ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้ใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน ถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือ การแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby confirm that the purpose given is correct and complete. 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