

แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยสุขภาพ

CLAIM FORM

- ค่ารักษาพยาบาล     
  ค่าชดเชยรายได้     
  ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า  
 Medical expenses      Hospital Income Benefit      Compensation for illness with Coma condition

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป General Information

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured	เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย อายุ _____ ปี Gender <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male Age _____ Year(s)		
กรมธรรม์เลขที่ Policy No	อาชีพ Occupation		
ที่อยู่ติดต่อสะดวก Postal Address	เบอร์โทรศัพท์ Phone No.		
ชื่อโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ทำการรักษา Name of Hospital or Clinic			
วันที่เข้ารับการรักษาตัวในรพ. Admission Date	วันที่ออกจากรพ. Discharged	รวมพักรักษา Total	วัน day
ระบุอาการเจ็บป่วย/ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย (Please provide a cause of illness or diagnosis)			
กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ Please provide for more information as below			
1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรกว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่/ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No Have you ever been the doctor's diagnosed illness with COVID-19 before ? โปรดบรรยายละเอียด..... Please describe วันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก..... โรงพยาบาล..... First date of diagnosis ..... Hospital or Clinic			
2. ท่านได้เดินทางมา/กลับจากสถานที่ที่มีความเสี่ยง หรือ บุคคลใกล้ชิด (ความสัมพันธ์.....) Have you or anyone close to you ever traveled to or visited areas affected by COVID-19? (Relationship is.....) <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ /No (โปรดระบุสถานที่/Location)..... เดินทางกลับมาถึงที่พำนักวันที่/ Date of return journey arriving .....			



3. ท่านได้รับการรักษาที่  รพ.สนาม.....วันที่.....  รพ.....วันที่.....  
I received a treatment at Field Hospital Name.....Date..... or Hospital Name.....Date.....  
หรือ  กักตัวเองที่ที่พักอาศัย..... วันที่ที่กักตัวเอง.....หรือ  รอรับการรักษา.....  
or home isolation at..... Start date of isolation.....or waiting for treatment.....  
และท่านได้รับวัคซีนเข็มที่..... เมื่อวันที่..... ชนิดของวัคซีน.....  
and I have received vaccine dose number..... Date of latest vaccinated.....Type of vaccine.....
4. ท่านกำลังเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่มี/NO  มี/Yes โปรดระบุชื่อบริษัท.....  
Are you also seeking compensation with other insurer (s) for this accident ? Please fill Other Insurer's Name.....

**ส่วนที่ 2** หนังสือยินยอม Authorization

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยแพร่และการดำเนินการอื่นใด 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

