

**แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ โรคมะเร็ง**  
**Critical Illness or Cancer Claim Form**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

General Information

ชื่อผู้เอาประกันภัย	เพศ หญิง <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> อายุ _____ ปี
กรมธรรม์เลขที่	อาชีพ
ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง (บาท)	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
ช่องทางที่ให้บริษัทติดต่อ โทรระบบ โทรศัพท์ .....	
E-mail.....	
พบอาการครั้งแรกเมื่อวันที่.....	
ลักษณะอาการที่เป็นก่อนพบแพทย์.....	
วันที่ที่ปรึกษาแพทย์ครั้งแรก.....สถานพยาบาล.....	
วันที่ที่แพทย์วินิจฉัยครั้งแรก.....สถานพยาบาล.....	
ตรวจพบโรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรงด้วยวิธีใด โปรดระบุ.....	
.....	
.....	
การรักษาของแพทย์ <input type="checkbox"/> ผ่าตัด <input type="checkbox"/> ฉายแสง <input type="checkbox"/> เคมีบำบัด <input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุ).....	
.....	
.....	
ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ.....	
.....	
ท่านมีญาติที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคนี้หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
โปรดระบุ วันที่มีอาการเจ็บป่วย.....ความสัมพันธ์.....	
.....	
ท่านกำลังเรียกร้องค่าสินไหมประกันโรคร้ายแรง หรือ โรคมะเร็ง กับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
ชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....	



**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 หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยแพร่และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

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

