

ใบเรียกร้องผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

คำแถลงผู้เรียกร้อง ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ผู้เอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้ทำการแทน โปรรระบุ.....

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย เลขที่กรมธรรม์.....

วัน เดือน ปีเกิด อายุ อาชีพ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

ช่องทางที่ให้บริการติดต่อ โปรรระบุ โทรศัพท์..... E-mail.....

ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือน บาท

ข้อมูลการทุพพลภาพ

1. วันที่ปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรก.....สาเหตุ.....

มีอาการ.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

2. วันที่พบแพทย์ครั้งสุดท้าย.....มีอาการ.....

.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

3. แพทย์ผู้ทำการรักษาท่าน.....

4. ลักษณะอาการของท่านในปัจจุบัน

ทำกิจวัตรประจำวัน, ทำงานได้ตามปกติ อยู่ภายในบริเวณบ้านเท่านั้น นอนอยู่บนเตียงเท่านั้น

อื่น ๆ

5. ท่านยังเข้ารับการรักษาอยู่หรือไม่.....ถ้าใช่ วิธีการรักษาที่ท่านได้รับคือ.....

.....

6. ท่านคิดว่าท่านสามารถกลับไปดำเนินธุรกิจ หรือกิจการใดกิจการหนึ่งของท่านได้อีกหรือไม่.....

ถ้าได้ คิดว่าเมื่อใด.....

7. ท่านมีสิทธิเรียกร้องจากบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่ ถ้ามี โปรรระบุ.....

ได้รับค่าชดเชยผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพแล้วหรือไม่ อยู่ระหว่างการพิจารณา ได้รับเมื่อวันที่.....

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม

ได้จัดส่งสำเนาประวัติการรักษาทั้งหมดมาพร้อมนี้แล้วจากสถานพยาบาล.....

อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : กรณีที่ผู้เอาประกันภัยที่ลาป่วยแล้วเมื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพหลโยธิน 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บบจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)
33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th FL,
Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
Tel.: (+66) 2037 9888

หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยแพร่และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน

(.....)

ลงวันที่.....



falconinsurance.co.th

บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)
33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th FL,
Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
Tel.: (+66) 2037 9888

ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เลขที่ H.N..... เลขที่ A.N.....

ผู้ป่วยปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ.....จากสาเหตุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป.....

โรคประจำตัวอื่นๆ ที่มี.....

ระยะเวลาของโรค เริ่มเป็นเมื่อ.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|
| 1.1 การอาบน้ำ | <input type="checkbox"/> | สามารถอาบน้ำได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |
| 1.2 แต่งตัว | <input type="checkbox"/> | สามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้า กางเกง ได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |
| 1.3 รับประทานอาหาร | <input type="checkbox"/> | สามารถทานอาหารได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |
| 1.4 ระบบขับถ่าย | <input type="checkbox"/> | สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อูจาระและปัสสาวะได้ | <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้ |
| 1.5 การเคลื่อนย้าย | <input type="checkbox"/> | สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |

2. ความสามารถในการมองเห็น

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ดวงตามองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง | <input type="checkbox"/> | ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง |
| <input type="checkbox"/> | ดวงตาบอดสนิท 1 ข้าง คือ ข้าง..... | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ..... |

3. ความสามารถในการใช้มือและแขน

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ใช้มือและแขนทำกิจวัตร ได้ทั้ง 2 ข้าง | <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถใช้มือและแขนทำกิจวัตร ได้ 1 ข้าง คือ ข้าง..... |
| <input type="checkbox"/> | ใช้มือและแขนทำกิจวัตร ไม่ได้เลย ทั้ง 2 ข้าง | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ..... |

4. ความสามารถในการขึ้นและเดิน

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เอง โดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง |

5. สติปัญญา / พฤติกรรม

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | เหมือนคนปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด..... |
|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------------|

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | สามารถประกอบอาชีพประจำหรืออาชีพอื่นได้ เช่น..... |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ |



สรุปผลการประเมิน

ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากภาวะทุพพลภาพหรือไม่

- มี เนื่องจาก
- ยังสรุปไม่ได้เนื่องจาก
- ไม่มีโอกาสหายจากภาวะทุพพลภาพ

ความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวันปัจจุบันอยู่ในระดับ

- ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน ไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก
- ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน ได้บ้าง และต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
- ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน ได้มาก อาจต้องการคำแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ
- ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน ได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ
- ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน ได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เพียงคนปกติ

ข้าพเจ้าได้ตรวจและรักษาผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวมาด้วยตนเอง และขอรับรองว่ารายงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม แพทย์ผู้ตรวจรักษา

(.....)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ สถานพยาบาล

(ประทับตราสถานพยาบาล)

