

ใบเรียกร้องผลประโยชน์กรณีการสูญเสียอวัยวะ

คำแถลงผู้เรียกร้อง ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)

ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้ทำการแทน โพรครระบุ.....

มีความประสงค์เรียกร้องการสูญเสียอวัยวะ ดังนี้

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย เลขที่กรมธรรม์

วัน เดือน ปีเกิด อายุ อาชีพ

ที่อยู่ปัจจุบัน

ช่องทางที่ให้บริการติดต่อ โพรครระบุ โทรศัพท์..... E-mail.....

ข้อมูลการสูญเสียอวัยวะ

1. วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....

ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ.....

วันที่เข้ารับการรักษา..... สถานพยาบาล.....

2. อวัยวะที่สูญเสีย

มือ, นิ้วมือ โพรครให้รายละเอียดตำแหน่งที่อวัยวะสูญเสีย.....

ขา, นิ้วเท้า โพรครให้รายละเอียดตำแหน่งที่อวัยวะสูญเสีย.....

อื่นๆ.....

3. ท่านมีสิทธิเรียกร้องจากบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่ ถ้ามี โพรครระบุ.....

ได้รับค่าชดเชยผลประโยชน์กรณีการสูญเสียอวัยวะแล้วหรือไม่ อยู่ระหว่างการพิจารณา ได้รับเมื่อวันที่.....

หนังสือยินยอม

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

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน

(.....)

ลงวันที่.....



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนสุขุมวิท 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

