

**แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัย
(ประกันภัยสัตว์เลี้ยง)**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง) กรรมกรรมเลขที่..... ที่อยู่..... ช่องทางที่ให้บริษัทติดต่อ โทรระบุ โทรศัพท์..... E-mail.....
2. รายละเอียดเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงที่เอาประกันภัย ชื่อของสัตว์เลี้ยง..... ประเภท <input type="checkbox"/> สุนัข <input type="checkbox"/> แมว สายพันธุ์..... เพศ <input type="checkbox"/> ผู้ <input type="checkbox"/> เมีย อายุปี..... น้ำหนัก..... หมายเลขไมโครชิพ.....
3. สาเหตุ <input type="checkbox"/> การบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการติดตาม โรงพยาบาล/คลินิก..... วันที่เข้ารับรักษา..... จำนวน ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป..... จำนวนเงินเรียกร้อง (บาท).....
4. ข้อมูลบุคคลภายนอกที่ได้รับความเสียหาย/บาดเจ็บ อันเนื่องมาจากสัตว์เลี้ยง ชื่อผู้เสียหาย/ผู้บาดเจ็บ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์..... E-mail..... รายการทรัพย์สินที่เสียหาย..... ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป..... จำนวนเงินเรียกร้อง (บาท).....

ส่วนที่ 2 หนังสือยินยอม Authorization

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้สัตวแพทย์ โรงพยาบาลสัตว์ คลินิกรักษา สัตว์ บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือ โรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาลสัตว์ การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ สัตว์เลี้ยงของข้าพเจ้า รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยและการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง)/ผู้รับประโยชน์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

ชื่อสัตวแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์ ใบอนุญาตเลขที่.....

ชื่อสัตวเลี้ยง..... ประเภท สุนัข แมว สายพันธุ์.....

เพศ ผู้ เมีย อายุ.....ปี..... น้ำหนัก.....หมายเลขไมโครชิพ (ถ้ามี)

โรงพยาบาล/คลินิกที่เข้ารับการตรวจรักษา

สาเหตุที่เข้ารับรักษา

ผลการตรวจวินิจฉัย

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา

โรงพยาบาล/คลินิกสัตว

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

วันที่...../...../.....



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