

ใบนำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรดกกรม

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....
เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทฯ ขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ และเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ลงใน หน้ารายการเอกสารที่จัดส่งมา

1.1 รายการเอกสาร กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ

- ค่าแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องจากมรดกกรมของผู้เอาประกันภัย
- ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
- สำเนาใบมรณบัตรที่รับรองสำเนาถูกต้อง หรือ หลักฐานรับรองการตายที่ออกโดยหน่วยงานราชการหรือสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการออกเอกสารหลักฐานดังกล่าว ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการจำหน่าย "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต (กรณีบุคคลสัญชาติไทย) หรือหลักฐานในการยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานราชการในประเทศไทย (กรณีชาวต่างชาติ) ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** (กรณีบุคคลสัญชาติไทย) หรือหลักฐานในการยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานราชการในประเทศไทย (กรณีชาวต่างชาติ) ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ ต้นฉบับใบรับรองการเอาประกันภัย ยกเว้นกรมธรรม์แบบอิเล็กทรอนิกส์
- หนังสือยินยอมในการเปิดเผยประวัติที่ลงนามโดยผู้รับประโยชน์หรือทายาทตามกฎหมายแล้วแต่กรณี
 - จำนวน 5 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ภายใน 1 ปี
 - จำนวน 3 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ มากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี

กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ทุกคนหรือผู้ให้ความยินยอมมอบอำนาจในการเปิดเผยประวัติตามจำนวนหนังสือยินยอมในการเปิดเผยประวัติที่ระบุข้างต้น

1.2 รายการเอกสารกรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติจากอุบัติเหตุหรือเหตุอื่น ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 ดังนี้

- สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี และรายงานสรุปการสอบสวนเกี่ยวกับคดี (ถ้ามี) ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ ที่ได้รับรองในหน้าที่จากเจ้าพนักงาน (ด้านหน้า - ด้านหลัง) รับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน

1.3 รายการเอกสารกรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ให้ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 และ 1.2 ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่ บิดา มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

1.4 รายการเอกสารเพิ่มเติมอื่นๆ

- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (กรณีมีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) ทะเบียนสมรส ฯลฯ (ถ้ามี)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้รับประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- เอกสารแสดงยอดหนี้สินคงค้างของผู้เอาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีทำประกันภัยคุ้มครองยอดหนี้บัตรเครดิต)

ตามประกาศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) หากค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับต่อผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป ขอให้ผู้รับประโยชน์กรุณายืนยันตัวตน โดย

- ดำเนินการผ่านลิงก์ <https://prupolicy.prudential.co.th/ekyc> หรือ
- แบบรูปถ่ายสี หน้าตรงเห็นใบหน้าชัดเจน (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนเห็นภาพในบัตรฯ ชัดเจน โดยส่งไปรษณีย์มายังบริษัทฯ
- กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์และยังไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ขอให้ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของบิดามารดา/ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมาย

การจัดส่งเอกสาร

ท่านสามารถจัดส่งเอกสารดังกล่าวผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ บมจ.พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) หรือ จัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง บมจ. พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ผู้นำส่งเอกสาร.....ผู้รับเอกสาร.....

วันที่นำส่งเอกสาร.....วันที่รับเอกสาร.....



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีมรณกรรม

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....

จำนวนเงินเอาประกันภัย.....วันเริ่มสัญญา.....

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุลผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 อาชีพสุดท้ายก่อนเสียชีวิต.....ตำแหน่ง.....ประกอบอาชีพนาน..... ปี

2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม

2.1 ชื่อ- นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....อายุ.....ปี

เลขที่หนังสือเดินทาง (กรณีไม่ใช่บุคคลที่มีสัญชาติไทย)สัญชาติ.....วัน เดือน ปี เกิด.....

ในกรณีที่ไม่ใช่บุคคลที่มีสัญชาติไทย กรุณาระบุชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ

2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีที่อยู่ปัจจุบันต่างจากที่อยู่ตามบัตรประชาชน)

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2.3 ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....อีเมล.....

2.4 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

3. รายละเอียดการมรณกรรม

วันที่เสียชีวิต.....สถานที่เสียชีวิต.....สาเหตุการเสียชีวิต.....

4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรณกรรม

ผู้เอาประกันภัยเริ่มมีอาการหรือเจ็บป่วยมาตั้งแต่ วันที่.....อาการที่สังเกตเห็น.....

ผู้เอาประกันภัยพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....ชื่อแพทย์.....

สถานพยาบาลที่ไปตรวจรักษา

5. รายละเอียดแพทย์และสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และในระยะเวลาใกล้เคียงกับวันสมัคการทำประกันภัย

ชื่อแพทย์และสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา

6. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิต หรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย



คำรับรองและความยินยอมของผู้เรียกร้องสิทธิ

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แนบและส่งมอบไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ
- เงื่อนไขการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์
 - ข้าพเจ้ายอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร ตามเอกสารที่ได้ส่งมอบไว้แก่บริษัท
 - การที่บริษัทฯ ได้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีดังกล่าว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย โดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใด ๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้ว
 - กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีดังกล่าว ไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ๆ ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นเป็นเช็ค หรือโดยวิธีการของบริษัทฯ และไม่ถือเป็นการจ่ายผลประโยชน์ล่าช้าตามข้อกำหนดการจ่ายผลประโยชน์ในกรมธรรม์
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บ รวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลบัญชีธนาคารตามระบุข้างต้น เพื่อให้บริษัทฯ และ/หรือ ธนาคารใด ๆ สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวดำเนินการเกี่ยวกับการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน ดังนี้
 - ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องมรดกกรมก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องครบถ้วนและอนุมัติเรียบร้อยแล้ว หากบริษัทฯ ได้รับใบเอกสารการเรียกร้องภายหลังเวลา 16.00น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง หากวันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำรายการได้
 - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้รับประโยชน์ก่อนและบริษัทฯ จะจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง
 - ผู้รับประโยชน์จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขายหน่วยลงทุน และราคาซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
 ()
 ลงชื่อ.....บิดา/มารดา/ผู้แทนโดยธรรมของผู้รับประโยชน์
 ()
 ลงชื่อ..... พยาน
 ()
 ลงชื่อ..... พยาน
 ()
 วันที่

"ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะ พยาน แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/]"



แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้รับประโยชน์/ผู้เรียกร้องสิทธิตามที่

การรับรองสถานะ	ผู้รับประโยชน์/ผู้เรียกร้องสิทธิ
ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่าง ถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ ครบถ้วนหรือเคยเป็น โปรดระบุ เลขที่.....วันบัตรหมดอายุ.....
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศ สหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (กฎหมาย CRS)

ส่วนที่ 1 ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศไทยหรือประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนที่ 2)

"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือ ประเทศอื่น ๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ทำงานอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น (Please specify in English)

ที่อยู่ปัจจุบัน (Residence Address)	วันเดือนปีเกิด (Date of Birth)	ประเทศที่เกิด (Country of Birth)
-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

โปรดกรอกข้อมูลลงในตารางต่อไปนี้ให้ครบถ้วนโดยระบุประเทศที่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่าน และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TIN) ของท่าน (ถ้ามี) หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผลที่เหมาะสมตามเหตุผลข้อ A, B หรือ C ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

เหตุผล A: ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยอยู่ในประเทศนั้น

เหตุผล B: ไม่จำเป็นต้องมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีเนื่องจากกฎหมายภายในประเทศไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

เหตุผล C: ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ : โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น (Please specify in English)

ประเทศที่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (หากเลือก C โปรดระบุเหตุผล):

คำรับรอง ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") อาจมีข้อมูลทั้งหมดที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA & CRS ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทฯ สามารถดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA & CRS

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน
- ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลในแบบฟอร์มเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
- ข้าพเจ้าตกลงแจ้งให้บริษัทฯ ทราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งบริษัทฯ ไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะตามที่ได้แถลงข้างต้นเปลี่ยนแปลงไปภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

กรณีที่ข้าพเจ้าเป็นพยาน และ/หรือผู้รับโอน ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ พยูเด็นเชียลฯ ดัง รายละเอียดที่ปรากฏใน www.prudential.co.th จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

()

ลงชื่อ.....บิดา/มารดา/ผู้แทนโดยธรรมของผู้รับประโยชน์

()

หมายเหตุ : กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ หากลงนามด้วยตนเอง กรุณาให้บิดา / มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ร่วมลงนาม



ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่เสียชีวิต..... อายุ..... ปี อาชีพ.....
หมายเลขบัตรประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....
ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา..... ชื่อแพทย์ที่รักษา.....
เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป (H.N.)..... เลขที่ผู้ป่วยใน (A.N.).....

- ก. เสียชีวิตวันที่..... เวลา..... สถานที่เสียชีวิต.....
ข. สาเหตุที่เสียชีวิต.....
ค. สาเหตุนำคือ..... สาเหตุแทรกซ้อนคือ.....
- ก. ท่านรู้จักกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....
ข. ตามความเห็นของท่าน โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด.....
ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่น ๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย)
ถ้ามี โรคอะไรบ้าง เป็นมานานเท่าใด.....

- ก. ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....
ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือ ใช้น้ำยาเสพติดหรือไม่.....
ค. สุราหรือน้ำยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....
ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในร่างกายหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุวิธีการตรวจและผลการตรวจ).....
จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ).....
ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ อาชีพ หรือที่พักอาศัย.....

- มีการตรวจหรือในใบนำส่ง เรียกว่า “ชันสูตรพลิกศพ” ตามวิธีทางการแพทย์/นิติเวชหรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจด้วย.....
- ท่านทราบ หรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และหรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบ กรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วันที่	ชื่อแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

- ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้..... ซม. น้ำหนัก..... กก. ต่ำหนิหรือแฝงเป็น.....
- ความเห็นอื่นๆ.....
ข้าพเจ้า นพ./พญ. ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่..... คุณวุฒิ.....
ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล..... ที่อยู่.....
ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... แพทย์

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

()

"ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยาน แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/]"



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกี่ยวข้อง
เป็นของ (นาย,นาง,นางสาว,เด็กชาย,เด็กหญิง).....(“ผู้เอาประกันภัย”)
ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ตกลง
ยินยอม ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่งที่มีประวัติการรักษา
พยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่
บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอม
ให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัท
ประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากร
ทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

(ลงชื่อ).....ผู้รับประโยชน์ (ผู้ให้ความยินยอม)
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

