

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันภัยกลุ่ม

GROUP INSURANCE CLAIM FORM



ประเภทกรมธรรม์: สวัสดิการพนักงานบริษัท (Employee Benefit) อื่น ๆ (Other Policy)

Type of Insurance สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund)

เลขที่กรมธรรม์ (Policy No.) [Redacted] / [Redacted]

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured's Information

ชื่อ - นามสกุล Full name		วันเดือนปีเกิด/อายุ DOB / Age	
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID/Passport No.		แผนก/ตำแหน่ง Dept./Position	
บริษัทนายจ้าง Employer Company		รหัสพนักงาน Employee Number	
ที่อยู่สำหรับการจัดส่งเอกสาร Contact Address	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามบัตรประชาชน (Present Address per ID) <input type="checkbox"/> ที่ทำงาน (Work Address)	หมายเลขโทรศัพท์ Phone Number	
ที่อยู่ อื่น ๆ โปรดระบุ Other Address		อีเมล E-mail:	

2. ช่องทางการรับเงินชดเชยสินไหม Preferred Reimbursement Method

<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ Bank Transfer	ธนาคาร Bank Name	สาขา/Branch	เลขที่บัญชี/Account No.	<input type="checkbox"/> เช็คสั่งจ่าย Cheque
--	------------------	-------------	-------------------------	--

3. รายละเอียดค่าสินไหมที่เรียกร้อง Details of Claims & Expenses

ประเภทของค่าสินไหม Types of Claim	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก Outpatient (OPD)	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน Inpatient (IPD)	<input type="checkbox"/> ค่าทันตกรรม Dental	<input type="checkbox"/> ชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายวัน HB Incentive
วันที่รักษา/Treatment Date	ชื่อสถานพยาบาล/Provider Name	คำอธิบายเพิ่มเติม/Description	จำนวนเงิน/Amount	
			จำนวนเงินรวม/ Total Amount	บาท /THB

4. รายละเอียดการเจ็บป่วย Details of Illness & Medical Incident

วันที่เริ่มมีอาการ /Date of Onset	คำวินิจฉัยโรค /Diagnosis		
อาการสำคัญ /Signs & Symptoms			
ท่านมีการเรียกร้องสินไหมกับบริษัทประกันอื่นหรือได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายนี้จากสวัสดิการอื่นหรือไม่ Did you claim this expenses with other insurance company or have you been covered by any other benefits?	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No	ข้อมูลกรมธรรม์อื่น Policy Information	

5. รายละเอียดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ Details of Accident and Injury

วันเวลาที่เกิดเหตุ Incident Date & Time	สถานที่เกิดเหตุ /Place of Accident		
	อาการและการบาดเจ็บ /Description of Injury		
รายละเอียดเหตุการณ์ /Incident Details			
ท่านเคยมีการบาดเจ็บตำแหน่งนี้หรือไม่ Have you ever had any injuries on this same part?	<input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes.....	พยานผู้พบเห็นเหตุการณ์ Witness/ Bystander	ชื่อ/Name: เบอร์โทรTel.:
ก่อนเกิดเหตุท่านมีการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอาการมึนเมาหรือไม่ Did you drink any alcohol before the accident?	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No	ระบุ/If yes.....	
ท่านมีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุพร้อมแนบเอกสาร Was the police involved? If yes, please provide details.	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No	ระบุ/If yes.....	
ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยอื่นที่คุ้มครองอุบัติเหตุครั้งนี้หรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ Do you have other insurance covering this injury? If yes, please provide policy information.	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No	ระบุ/If yes.....	

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัท พรูเดนเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ

I, hereby certify that to the best of my knowledge this claim form does not contain any false, misleading, incomplete information or intend not to disclose any information in order to get coverage of this insurance

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

วันที่/Date: [D D - M M - Y Y Y Y] ลงนามผู้เอาประกันภัย Signature of Insured: _____

6.เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหม Document Required For Claim Settlement

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมด้านล่างนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาสินไหม ในบางกรณีอาจมีการขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้
The documents listed below are required at the minimum. Additional information or documents may be requested in certain circumstances

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทุกกรณี Document required for all claim types	<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันกลุ่ม/ Group Insurance Claim Form <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ / Original receipt <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ / Medical Certificate <input type="checkbox"/> รายละเอียดการแจกจ่ายค่ารักษาพยาบาล / Detailed Invoice <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย / Copy of insured's identification card or passport <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร / Copy of passbook
--	--

7.ช่องทางในการเรียกร้องสินไหมและติดตามสถานะสินไหม Claims Submission and Status Tracking

ช่องทางปกติ Normal Claims Submission	ส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมมายังบริษัทฯ โดยตรง ที่ สำนักงานใหญ่ พรูเด็นเชียล (ฝ่ายสินไหม) 994 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10,29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 Submit document by post: Prudential Life Assurance (Claim Department) 944 Mitrtown Office Tower, 10th, 29th 31st Floor, Rama 4 Road, Wangmai, Pathumwan, Bangkok 10330
เคลมออนไลน์ E-Claims Submission	บริการเคลมออนไลน์ผ่านไลน์ Submit claims online via LINE @PrudentialThailand การเรียกร้องสินไหมผ่านอีเมล E-mail submission: claim@prudential.co.th
ศูนย์บริการลูกค้าและติดต่อสอบถาม Claims Service Center	ศูนย์บริการลูกค้า 1621 หรือ 023528000 เวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ 08:30 19:00 วันเสาร์ 08:30 16:00 ยกเว้นวันอาทิตย์และวันหยุดราชการ Hotline 1621 or 023528000 Operating Hours: Monday Friday 08:30 19:00 Saturday 08:30 16:00 Service is not available on Sunday and public holidays
ติดตามสถานะสินไหม Claims Status Tracking & Claims Inquiry	สอบถามและติดตามสถานะการเรียกร้องสินไหมได้โดยตรงที่ Track your claims directly with Claims Department Tel.023528368 หรือ E-mail: claim.group@prudential.co.th

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาที่ออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name Age: years Gender: male female
 ID No H.N.# A.N.# X.N.#
 Admission Date Time Discharge Date Time

1. FOR ILLNESS
 a) How long had the patient experienced the symptoms? days / weeks / years.
 b) How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? days / weeks / years.

2. FOR ACCIDENT
 a) Date & time of accident: Date: Time:
 b) Cause of accident:
 c) Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? No Yes

3. Date you first saw the patient for this illness / injury:
 4. Chief complaint and duration of signs and symptom(s):
 5. Present illness / Details of Injury:
 6. a) Pertinent lab / Investigations:
 b) HIV Test Yes, result No

7. Diagnosis 1 ICD 10 Diagnosis 2 ICD 10

8. a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):
 b) Operation : ICD 9 Pathology report:
 Surgeon's Name Specialty Date performed:
 c) Has patient ever been treated by another doctor before? No Yes, please give the detail (Name and address of physician)

9. Indication for admission:

10. Prognosis:

11. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following
 a) Physical defects / congenital anomaly No Yes
 b) Degenerative change(s) No Yes

12. Others past medical history.

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor / Hospital's / Name

13. FOR FEMALE: Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes Weeks(LMP.....)
 : Was the treatment related to infertility? No Yes, please specify.....

14. Other comments about the injury / illness

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.
 Name of physician Specialty License No.....
 Hospital Name Address TEL NO.....
 Signature..... Physician Date.....

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

ข้อความทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนผู้หนึ่ง รักระทำผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีก

**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
(สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ("ผู้เอาประกันภัย") อายุ ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันของบริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") รับทราบว่า บริษัท อาจมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกันโดยตรงจากผู้เอาประกันหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัท มอบหมาย บริษัทประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันและ/หรือที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย จ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ดังนั้น ผู้เอาประกันจึงยินยอมให้บริษัท และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงแพทย์ โรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง) สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกัน เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

ข้อมูลสุขภาพ ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึง **ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี)** ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาจ่ายเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันเอง ผู้เอาประกันรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการขอความยินยอม และสิทธิในการถอนความยินยอม รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผ่านช่องทางการติดต่อสื่อสารของบริษัทฯ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันยินยอมให้บริษัท และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

(ลงชื่อ)ผู้เอาประกันภัย (ผู้ให้ความยินยอม) โทร.....

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน (ลงชื่อ) พยาน

(.....) (.....)

ลงชื่อ)ผู้ขอข้อมูล/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อความในส่วนนี้ให้ใช้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการประกอบธุรกิจการค้าหรือธุรกิจอื่นหรือในการเป็นลูกจ้างในสัญญาจ้างแรงงาน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจจะทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจจะทำการแทนผู้เยาว์

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
(สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ("ผู้เอาประกันภัย") อายุ ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันของบริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นที่จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกันโดยตรงจากผู้เอาประกันหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันและ/หรือที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย จ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ดังนั้น ผู้เอาประกันจึงยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงแพทย์ โรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง) สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกัน เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

ข้อมูลสุขภาพ ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึง **ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี)** ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาจ่ายเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันเอง ผู้เอาประกันรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการขอความยินยอม และสิทธิในการถอนความยินยอม รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ผ่านช่องทางการติดต่อสื่อสารของบริษัทฯ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

(ลงชื่อ) ผู้เอาประกันภัย (ผู้ให้ความยินยอม) โทร.....
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน (ลงชื่อ) พยาน
(.....) (.....)

ลงชื่อ) ผู้ขอข้อมูล/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อความในส่วนนี้ให้ใช้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการประกอบธุรกิจการค้าหรือธุรกิจอื่นหรือในการเป็นลูกจ้างในสัญญาจ้างแรงงาน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.