

หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์

- ค่าทดแทนอุบัติเหตุ / ค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม
- ค่าชดเชยรายวันกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ในฐานะคนไข้ใน) สัญญาเพิ่มเติมสุขภาพระยะยาว (HM)
-

โปรดกรอกข้อความโดยละเอียด พร้อมนำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม รายละเอียดดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่รับรองความถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา หรือใบรายงานผลการวินิจฉัยโรค
- ใบเสร็จรับเงิน ต้นฉบับ ของสถานพยาบาล พร้อมใบแสดงรายการแยกประเภทค่าใช้จ่าย

หมายเหตุ สำหรับการเรียกร้องค่าชดเชยรายวันกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ในฐานะคนไข้ใน) หรือสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพระยะยาว (HM) สามารถใช้สำเนาใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล พร้อมใบแสดงรายการแยกประเภทค่าใช้จ่าย

- ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เลขที่กรมธรรม์
- ชื่อและนามสกุลของเจ้าของกรมธรรม์ (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) อายุ ปี
- ที่อยู่ปัจจุบัน โทร
- สถานที่ทำงาน โทร

- ก) สถานที่ที่จะให้ส่งค่าสินไหมทดแทน ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน สาขา.....
- อื่นๆ โปรดระบุ

ข) กรณีผู้เอาประกันภัยอยู่ต่างจังหวัด (นอกเหนือจาก กทม. นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ) โปรดระบุสาขาของธนาคารที่ท่านมีบัญชีเงินฝาก หรือสาขาที่ท่านสะดวกจะนำเช็คไปขึ้นเงิน

- กรณีอุบัติเหตุ**
วันที่เกิดเหตุ เวลา น. สถานที่เกิดเหตุ
- เหตุเกิดขึ้นอย่างไร ชื่อ / ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์
- มีการแจ้งความหรือไม่ ที่ใด
- อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล

- กรณีเจ็บป่วย**
ป่วยด้วยโรคอะไร ตั้งแต่เมื่อใด
- มีอาการอย่างไร ผลการรักษาเป็นอย่างไร

- ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา แพทย์ผู้ทำการรักษา

- ท่านมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุ) ชื่อบริษัท กรมธรรม์เลขที่

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาลหรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูล หรือ และบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

ชื่อ ผู้เอาประกันภัย

วันที่



รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name	Age:	years	Sex: <input type="checkbox"/> male		<input type="checkbox"/> female
ID No	H.N.#	A.N.#	X.N.#		
Date admitted	Time	Date discharged	Time		
1. CHIEF COMPLAINT :					
2. 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.					
c) Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes					
Indication for admission					
3. 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes					
4. Date first saw the patient for this illness / injury:					
5. a) Present illness / Details of Injury:					
b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)					
6. a) Pertinent lab / Investigations:					
b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, result <input type="checkbox"/> No					
7. Diagnosis 1 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 2 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Diagnosis 3 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 4 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
(Including principle underlying condition and complication)					
8. a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):					
b) Operation : ICD 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pathology report:					
Surgeon's Name Specialty Date performed:					
c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give detail					
9. a) Result of Treatment : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor					
b) Possibility of recurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
10. a) Date of the last treatment / Follow up :					
b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?					
11. Was the patient referred to you by other physician(s)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Doctor: Clinic / Hospital:					

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนผู้นั้น กระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง

12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (e.g.Pre-existing weakness or extended period of disability)?

- a) Physical defects / congenital anomaly No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change(s) No Yes
- d) A family history that increased the probability or severity of this disease No Yes
- e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs = mg% No Yes

If the answer is "yes", please specify

.....

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor / Hospital's / Name
.....
.....
.....
.....

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes weeks (LMP:)
 : Was the treatment relate to infertility? No Yes

15. 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 physicianSpecialty License No.

Hospital NameaddressTEL No.

Signature Date

*** เพื่อให้การดำเนินการเรียกร้องสินไหมรวดเร็ว ขอให้ผู้เอาประกันภัยและแพทย์กรณากรอกข้อมูลครบถ้วนตามแบบฟอร์ม และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน***

วิธีการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 24 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา
- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง
 บมจ.พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน
 เลขที่ 9/9 อาคารเอทสาทร ชั้น 20 – 27 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
- ผ่านตัวแทนผู้ให้บริการ

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อศูนย์บริการลูกค้าโทร 1621 ในวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.30 – 19.00 น. และวันเสาร์ เวลา 8.30 – 16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการ และวันหยุดประจำปี)

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)
อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
 (“บริษัท”) ตกลงยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติ
การรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว
ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอม
ให้บริษัท สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัท
ประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัท หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากร
ทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตก
ลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียก
ค่าเสียหายกับบริษัท ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)