



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย

บัตรประจำตัวประชาชน อื่นๆ..... เลขที่.....

ท่านต้องการรับเงินค่าสินไหม โดยจ่ายเป็น เช็ค โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....

สาขา..... เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

(ในกรณีที่แจ้งโอนเงินเป็นครั้งแรก ขอให้ท่านแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี กรณีไม่แนบเอกสารสำเนาหน้าสมุดบัญชีบริษัทจะจ่ายสินไหมโดยจ่ายเป็นเช็คแทน)

มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือไม่ ไม่มี มี กรุณาแจ้งที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

กรณีอุบัติเหตุ กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

วันที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (โดยละเอียด).....

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะของบาดแผล

มีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่

ไม่ได้แจ้ง เนื่องจาก.....

แจ้งเมื่อวันที่..... ที่สถานีตำรวจ..... จังหวัด.....

กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันภัยอื่นที่ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี).....

กรณีเจ็บป่วย กรุณาระบุสถานที่เข้ารับการรักษา ก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้

อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย	ชื่อแพทย์ และโรงพยาบาล /สถานพยาบาล/ คลินิก	วันที่รับการรักษา/ระยะเวลาที่รักษา
.....
.....
.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาลหรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ข้าพเจ้า ตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูล หรือ และบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

(ลงชื่อ) ผู้เอาประกันภัย/ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์

วันที่

ส่วนที่ 2 รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name Age: years Sex: male female
 ID No H.N.# A.N.# X.N.#
 Date admitted Time Date discharged Time Total days admitted.....

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
 d) The last symptoms you saw the patient

3. Date first saw the patient for this illness / injury :
 4. Chief complaint / symptoms & signs :
 5. Present illness / Details of Injury :
 6. a) Pertinent lab / Investigations:
 b) HIV Test Yes, result No
 7. Diagnosis : 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) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. No Yes, please give detail
 9. Incident for admission :
 10. Prognosis :
 11. To the best of your knowledge, please give details of consultations of serious disorders of the patient in the past.

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 physician Specialty License No.

Hospital Name address TEL No.

Signature Physician Date

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกี่ยวข้อง
เป็น.....ของ(นาย,นาง,นางสาว).....(“ผู้เอาประกันภัย”)
ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ตกลงยินยอม
ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือ
ข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทน
ของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถ
จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัท
ประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการ
พิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง
ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผย
ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)