

เอกสารประกอบการเรียกร้องสิทธิกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

กรมธรรม์เลขที่.....นามผู้เอาประกันภัย.....

กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เอกสารที่ต้องใช้

- ใบเรียกร้องเงินค่าทดแทน กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
- ใบประเมินความทุพพลภาพ (MEDICAL EVALUATION REPORT)
- สำเนาประวัติการรักษา ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ที่รับรองโดยผู้เอาประกันภัย
- กรมธรรม์ หรือ ใบรับรองการเอาประกันภัยต้นฉบับ
- ภาพถ่ายเต็มตัวปัจจุบัน ของผู้เอาประกันภัย
- หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ที่ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ขอให้บิดา/มารดา/คู่สมรสที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย/บุตรโดยสายโลหิตของ
ผู้เอาประกันภัยที่อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปลงนามแทน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาทะเบียนสมรสของ
ผู้ลงนามที่รับรองสำเนาถูกต้อง)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควบหน่วยลงทุน เท่านั้น)
หากเป็นธนาคารต่างประเทศกรุณาระบุชื่อธนาคาร สาขา ที่อยู่ และรหัสธนาคาร (Swift code)
- อื่นๆ.....

เอกสารเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพ จากอุบัติเหตุ

- สำเนาบันทกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- รายงานการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด หรือสารเสพติด (ถ้ามี) ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร

เพื่อให้การดำเนินการเรียกร้องสินไหมรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์ม นำส่งเอกสารที่ต้องใช้ตามรายการข้างต้น และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน
วิธีการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 24 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา
- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง
บมจ.พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน
เลขที่ 9/9 อาคารแอสซาทร 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)

ลงนาม.....ผู้ส่งเอกสาร วันที่.....

()



ใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

- เลขที่กรมธรรม์ ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เพศ ชาย หญิง เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการการ
 - ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
 - วันเริ่มต้นทุพพลภาพ คือ จากสาเหตุ
 - ลักษณะอาการในปัจจุบันของท่าน นอนอยู่บนเตียงเท่านั้น อยู่ภายในบริเวณบ้านเท่านั้น ทำกิจวัตรประจำวัน / ทำงานได้ตามปกติ
 อธิบายลักษณะกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ท่านมีส่วนร่วม
 - ท่านไปพบแพทย์บ่อยเพียงใด ครั้งสุดท้ายที่ท่านไปพบแพทย์คือ
 ชื่อ และที่อยู่ของแพทย์ที่ท่านไปตรวจรักษา คือ
 - ลักษณะอาการของท่านเมื่อเทียบกับ 1 ปีที่ผ่านมา
 อาการดีขึ้น อาการดีขึ้นเล็กน้อย อาการคงเดิม อาการแย่ลง อาการแย่ลงกว่าเดิมมาก
 - ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพหรือไม่
 ไม่ - ระบุว่าท่านทำงานวันสุดท้าย
 ใช่ - กรุณาอธิบายลักษณะงานที่ทำโดยละเอียด
- ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพ กรุณาระบุสาเหตุและอธิบายรายละเอียดที่ท่านไม่สามารถทำงานได้

8. โปรดให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่า จะช่วยให้การเรียกร้องของท่านดำเนินการได้เร็วขึ้น

คำยินยอมและข้อตกลงของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้น มิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอม ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัท ประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควบหน่วยลงทุน ดังนี้
 - ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ อนุมัติเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนภายหลังเวลา 16.00 น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง และในกรณีที่วันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนในวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำการขายคืนได้
 - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ เงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง ทั้งนี้ระยะเวลาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนเป็นไปตามประกาศ ก.ล.ต. กำหนด
 - ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนและเงินผลประโยชน์จากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขาย หน่วยลงทุน และราคาซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่.....
 ()
 ลงชื่อ พยาน/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะเป็นผู้พิทักษ์ ลงชื่อ.....พยาน
 () ()

หมายเหตุ ณ ขณะที่ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หากในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ได้ ให้สามารถให้ลายนิ้วมือของผู้เอาประกันภัยแทนการลงลายมือชื่อได้ พร้อมกับพยานลงนามจำนวน 2 ท่าน และในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาลแล้ว ผู้พิทักษ์จะต้องลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในใบเรียกร้องฉบับนี้ รวมถึงต้องแนบคำสั่งศาลดังกล่าว และสำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์มาพร้อมกับใบเรียกร้องฉบับนี้ด้วย

MEDICAL EVALUATION REPORT

1. Claimant's name HN.

Height cms Weight kgs

2. Has he/she been totally disabled and continuously prevented from performing any work or engaging in any occupation or profession of wages, compensation or profit?

3. If so, on what date such disability begin? (d / m / y),

Is he/she still so disabled?

4. Please do the "Neurological examination" and "Motor power" and report below, which will enable the company to determine the merits of this claim.

Date of investigation	Investigation / Test	Results
(Present)	Rt. Upper extremity	Motor power =
=	Lt. Upper extremity	Motor power =
(DD / MM / YY)	Rt. Lower extremity	Motor power =
	Lt. Lower extremity	Motor power =

5. Does his/her disability render him/her totally disabled or partially disabled?

6. Is patient now able to perform any work pertaining? Own occupation.
 Any occupation.

7. If he is not continuously totally disabled, how much longer approximately will such total disability continue?

Prognosis

Our Principal Medical officer would be most grateful if you would send us copies of any specialist or hospital report/s together with any test/s, readings/s or similar evidence to support the validity of the patient's claim.

Hospital Name :

Signature :

Province :

()

Tel No. :

Attending physician Diploma

License No. :

Date.....

Hospital Stamp

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)
อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”)
ตกลงยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติ
การรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่
บริษัท หรือผู้แทน ของบริษัท เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้
บริษัท สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย
หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัท หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์
เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิ
เรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัท
ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)