



บริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9/9 อาคารแอสทาร์ ชั้น 20-27 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888

อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th

ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

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 สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาทะเบียนสมรสของผู้ลงนามที่รับรองสำเนาถูกต้อง)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควบน่วยลงทุน เท่านั้น)
หากเป็นธนาคารต่างประเทศกรุณาระบุชื่อธนาคาร สาขา ที่อยู่ และรหัสธนาคาร (Swift code)
- อื่นๆ.....

เอกสารเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพ จากอุบัติเหตุ

- สำเนาบันทึกรายการประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- รายงานการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด หรือสารเสพติด(ถ้ามี) ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร

**เพื่อให้การดำเนินการเรียกร้องสินไหมรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์ม นำส่งเอกสารที่ต้องใช้ตามรายการข้างต้น และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน
วิธีการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม**

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 24 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา
- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง
บมจ.พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน
เลขที่ 9/9 อาคารแอสทาร์ 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 / ชำระราชการ
 - ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
 - วันเริ่มต้นทุพพลภาพ คือ จากสาเหตุ
 - ลักษณะอาการในปัจจุบันของท่าน นอนอยู่คนเดียวเท่านั้น อยู่ภายในบริเวณบ้านเท่านั้น ทำกิจวัตรประจำวัน / ทำงานได้ตามปกติ
อธิบายลักษณะกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ท่านมีส่วนร่วม
 - ท่านไปพบแพทย์บ่อยเพียงใด ครั้งสุดท้ายที่ไปพบแพทย์คือ
ชื่อ และที่อยู่ของแพทย์ที่ท่านไปตรวจรักษา คือ
 - ลักษณะอาการของท่านเมื่อเทียบกับ 1 ปีที่ผ่านมา
 อาการดีขึ้น อาการดีขึ้นเล็กน้อย อาการคงเดิม อาการแย่ลง อาการแย่ลงกว่าเดิมมาก
 - ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพหรือไม่
 ไม่ - ระบุวันที่ท่านทำงานวันสุดท้าย
 - ใช่ - กรุณาอธิบายลักษณะงานที่ทำโดยละเอียด
- ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพ กรุณาระบุสาเหตุและอธิบายรายละเอียดที่ท่านไม่สามารถทำงานได้

8. โปรดให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะช่วยให้การเรียกร้องของท่านดำเนินการได้เร็วขึ้น

คำยินยอมและข้อตกลงของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอให้การรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะเว้น มิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอม ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทฯ ประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ 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 และในกรณีที่วันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำการได้
 - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ เงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง ทั้งนี้ระยะเวลาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนเป็นไปตามประกาศ กตต. กำหนด
 - ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนและเงินผลประโยชน์จากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขาย หน่วยลงทุน และราคารับซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ 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

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อและสกุลผู้เอาประกันภัย(Insured's Name) _____ อายุ(Age) _____ ปี(Year)

1. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

Stale briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity

2. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

Stale briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, etc.

3. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) _____

4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Any Complication) _____

5. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ (Treatment render by you since) _____ จนถึง (Until) _____ ที่ (AT) _____

ชนิดของการรักษา _____

Character of treatment

6. การตรวจร่างกาย Physical Examination								
6.1 ระดับความรู้สึกตัว Level of consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว		<input type="checkbox"/> สับสน		<input type="checkbox"/> สลึมสลือ		<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว	
	Alert		Confuse		Drowsy		Unconsciousness	
6.2 กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle power	Arm	Right	Grade : 0 II III IV V	Leg	Right	Grade : 0 II III IV V		
		Left	Grade : 0 II III IV V		Left	Grade : 0 II III IV V		
6.3 ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ			<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย		
	Understanding		Difficult in Understanding			Can't Understand		
6.4 ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> ปกติ (normal)		<input type="checkbox"/> พูดได้แต่ไม่ชัดเจน (Dysarthria)		<input type="checkbox"/> พูดได้ ฟังผู้อื่นไม่ชัดเจน			
	<input type="checkbox"/> ฟังผู้อื่นเข้าใจแต่พูดไม่ได้		<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้และฟังผู้อื่นไม่เข้าใจ		<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____			
6.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Dally Life	การเคลื่อนย้าย (Transferring)		<input type="checkbox"/> ทำได้เอง	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย			
	การรับประทานอาหาร (Eating)		<input type="checkbox"/> ทำได้เอง	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย			
	อาบน้ำ (Bathing)		<input type="checkbox"/> ทำได้เอง	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย			
	แต่งตัว (Dressing)		<input type="checkbox"/> ทำได้เอง	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย			
	ควบคุมอุจจาระ (Monitoring control of bowel)		<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย			
	ควบคุมปัสสาวะ (Monitoring control of bladder)		<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย			
6.6 ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ		<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้			
6.7 ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว		<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรบางส่วน		<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร			
	Temporary Total Disability		Permanent Partial Disability		Permanent Total Disability			
6.8 การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น		<input type="checkbox"/> คงที่		<input type="checkbox"/> แย่ลง			
6.9 ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment								

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (Name of Physician) _____ ลายมือชื่อ (Signature) _____

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 (Thailand's Medical Registration No.): _____ คุณวุฒิ (Qualification) _____

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา (Specialty) _____ ชื่อของสถานพยาบาล (Name of Hospital) _____

หมายเลขโทรศัพท์ (Telephone No.) _____ วันที่ตรวจ (Date of Examination) _____

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)

อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ตกลงยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัทฯ หรือผู้แทน ของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิ เรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)

อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ตกลงยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัทฯ หรือผู้แทน ของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิ เรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)

อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ตกลงยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัทฯ หรือผู้แทน ของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิ เรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)