



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน

ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....

บัตรประจำตัวประชาชน อื่นๆ เลขที่.....

ท่านต้องการรับเงินค่าสินไหม โดยจ่ายเป็น เช็ค โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร

สาขา เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี

(ในกรณีที่แจ้งโอนเงินเป็นครั้งแรก ขอให้ท่านแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี กรณีไม่แนบเอกสารสำเนาหน้าสมุดบัญชี บริษัทจะจ่ายสินไหมโดยเป็นเช็คแทน)

มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือไม่ ไม่มี มี กรุณาแจ้งที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์มือถือ Email

กรณีอุบัติเหตุ กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

วันที่เกิดเหตุ เวลา สถานที่เกิดเหตุ

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (โดยละเอียด)

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะของบาดแผล

มีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่

ไม่ เนื่องจาก

แจ้งเมื่อวันที่ ที่สถานีตำรวจ จังหวัด.....

กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันภัยที่อื่นที่ท่านมีกรรมสิทธิ์ประกันภัย (ถ้ามี)

กรณีเจ็บป่วย กรุณาระบุสถานที่เข้ารับการรักษาก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้

อาการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย	ชื่อแพทย์และโรงพยาบาล/สถานพยาบาล/คลินิก	วันที่รับการรักษา/ระยะเวลารักษา
---------------------------	---	---------------------------------

.....

.....

.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัท พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาลหรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้นอกจากนี้ ข้าพเจ้า ตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูล หรือ และบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

(ลงชื่อ) ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์

วันที่

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ 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
 d) The last symptoms you saw the patient

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 1ICD 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.....

ข้อควรทราบ

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

ใตหนึ่ง

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”) อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ตกลงยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัท สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัท หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัท ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)
อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรุเด็นเซียล 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 เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่
จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับ
บริษัท ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)