



**บริษัท ประจักษ์เชี่ยล 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 ใบรับรองการเอาประกันภัยฉบับ
- ภาพถ่ายเต็มตัวปัจจุบัน ของผู้เอาประกันภัย
- หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ที่ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย  
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ขอให้บิดา/มารดา/คู่สมรสที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย/บุตรโดยสายโลหิตของผู้เอาประกันภัยที่อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปลงนามแทน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาทะเบียนสมรสของผู้ลงนามที่รับรองสำเนาถูกต้อง)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควบหน่วยลงทุน เท่านั้น)
- อื่นๆ.....

**เอกสารเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพ จากอุบัติเหตุ**

- สำเนานบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- รายงานการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด หรือสารเสพติด(ถ้ามี) ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร

เพื่อให้การดำเนินการเรียกร้องสินไหมรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์ม นำส่งเอกสารที่ต้องใช้ตามรายการข้างต้น และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน  
วิธีการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 24 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา
- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง  
บมจ. ประจักษ์เชี่ยล 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 / ข้าราชการ .....
  - ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....
  - วันเริ่มต้นทุพพลภาพ คือ ..... จากสาเหตุ .....
  - ลักษณะอาการในปัจจุบันของท่าน  นอนอยู่บนเตียงเท่านั้น  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 ที่ท่านคิดว่า จะช่วยให้การเรียกร้องของท่านดำเนินการได้เร็วขึ้น .....

**คำยินยอมและข้อตกลงของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

- ข้าพเจ้าขอให้ความรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้น 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
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควบหน่วยงาน ดังนี้
  - ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ อนุมัติเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนภายหลังเวลา 16.00 น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง และในกรณีที่วันที่ขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำการได้
  - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ เงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง ทั้งนี้ระยะเวลาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนเป็นไปตามประกาศ กสศ. 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

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ 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 I II III IV V	Leg	Right	Grade : 0 I II III IV V		
		Left	Grade : 0 I II III IV V		Left	Grade : 0 I II III IV V		
6.3 ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังให้เข้าใจ			<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 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 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 ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช่สิทธิเรียกร้อง 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  
(.....)