



บริษัท ประกันชีวิต ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
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 (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุน เท่านั้น)
- อื่นๆ.....

เอกสารเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพ จากอุบัติเหตุ

- สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- รายงานการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด หรือสารเสพติด(ถ้ามี) ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร

เพื่อให้การดำเนินการเรียกร้องสินไหมรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์ม นำส่งเอกสารที่ต้องใช้ตามรายการข้างต้น และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน
วิธีการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 10 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา

- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง

บมจ.ประกันชีวิต ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

- 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 - กรุณาอธิบายลักษณะงานที่ท่านทำโดยละเอียด
 ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพ กรุณาระบุสาเหตุและอธิบายรายละเอียดที่ท่านไม่สามารถทำงานได้
- โปรดให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะช่วยให้การเรียกร้องของท่านดำเนินการได้เร็วขึ้น

คำยินยอมและข้อตกลงของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้น มิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ
 - ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหมายลงทุน ดังนี้
- ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ อนุมัติเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนภายหลังจากเวลา 16.00 น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง และในกรณีที่วันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำรายการได้
 - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ เงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง ทั้งนี้ ระยะเวลาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนเป็นไปตามประกาศ กสท. กำหนด
 - ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนและเงินผลประโยชน์จากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขาย หน่วยลงทุน และราคาซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

"ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยาน แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>"

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

หมายเหตุ ณ ขณะนี้ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หากในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ได้ ให้สามารถใช้นิ้วมือของผู้เอาประกันภัยแทนการลงลายมือชื่อได้ พร้อมกับพยานลงนามจำนวน 2 ท่าน และในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาลแล้ว ผู้พิทักษ์จะต้องลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในใบเรียกร้องฉบับนี้ รวมถึงต้องแนบคำสั่งศาลดังกล่าว และสำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์มาพร้อมกับใบเรียกร้องฉบับนี้ด้วย

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

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

1. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

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

2. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

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

3. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) _____

4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ(Any Complication) _____

5. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ (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"/> แยลง			
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) _____



บริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888
อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ("ผู้เอาประกัน") อายุ ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันของบริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกัน โดยตรงจากผู้เอาประกันหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหม ตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันและ/หรือ ที่ผู้เอาประกัน เข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ดังนั้น ผู้เอาประกันจึงยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงแพทย์ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง) สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกัน เพื่อวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลสุขภาพ ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดในสำเนาเอกสารที่ราชการออกให้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการแสดง ระบุ ยืนยันและพิสูจน์ตัวตนของท่านต่อบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันเอง ผู้เอาประกันรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันได้แจ้งให้ บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบาย ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ตาม แนบท้ายหนังสือฉบับนี้ หรือ ที่เข้าถึงได้โดยการไปที่ลิงก์ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

(ลงชื่อ)ผู้เอาประกัน (ผู้ให้ความยินยอม)

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อความในส่วนนี้ให้ใช้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันอายุน้อยกว่าหรือเทียบเท่า 10 ปี หรือมากกว่า 10 ปี แต่ยังไม่ถึง 20 ปี ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสและไม่สามารถให้ความยินยอมที่ผลผูกพันตามกฎหมายได้ด้วยตนเอง (เช่น ผลลิดภักซ์นั้นไม่สมแก่ฐานานุรูปของผู้เยาว์และไม่เป็นการจำเป็นต่อการ ดำรงชีพตามสมควรของผู้เยาว์)

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.



บริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888
อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
(สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ("ผู้เอาประกัน") อายุ ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันของบริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นที่จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกัน โดยตรงจากผู้เอาประกันหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหม ตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันและ/หรือที่ผู้เอาประกัน เข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ดังนั้น ผู้เอาประกันจึงยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงแพทย์ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง) สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกัน เพื่อวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลสุขภาพ ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณา การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดในสำเนาเอกสารที่ราชการออกให้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการแสดง ระบุ ยืนยันและพิสูจน์ตัวตนของท่านต่อบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันเอง ผู้เอาประกันรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันได้แจ้งให้ บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบาย ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ตาม แนบท้ายหนังสือฉบับนี้ หรือ ที่เข้าถึงได้โดยการไปที่ลิงค์ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

(ลงชื่อ)ผู้เอาประกัน (ผู้ให้ความยินยอม)
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อความในส่วนนี้ให้ใช้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันอายุน้อยกว่าหรือเทียบเท่า 10 ปี หรือมากกว่า 10 ปี แต่ยังไม่ถึง 20 ปี ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสและไม่สามารถให้ความยินยอมที่ผลผูกพันตามกฎหมายได้ด้วยตนเอง (เช่น ผลลิดกัณฑ์นั้นไม่สมแก่ฐานานุรูปของผู้เยาว์และไม่เป็นการจำเป็นต่อการ ดำรงชีพตามสมควรของผู้เยาว์)

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.