



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน

ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....

บัตรประจำตัวประชาชน อื่นๆ เลขที่.....

ท่านต้องการรับเงินค่าสินไหม โดยจ่ายเป็น เช็ค โฉนเงินเข้าบัญชีธนาคาร

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.....

กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันภัยที่อื่นที่ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี)

กรณีเจ็บป่วย กรุณาระบุสถานที่เข้ารับการรักษาก่อนการเข้ารับการรักษารั้งนี้

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

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัท พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ

"ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยาน แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/]"

(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

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 1 ICD 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.....
 ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยาน แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/]

ข้อควรทราบ

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



บริษัท ประเด็นเชี่ยล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

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 ประเด็นเชี่ยล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") รับทราบว่า บริษัท อาจมีความจำเป็นที่จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกัน โดยตรงจากผู้เอาประกันหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัท มอบหมาย บริษัทประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันและ/หรือที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์

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

ข้อมูลสุขภาพ ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึง ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดในสำเนาเอกสารที่ราชการออกให้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการแสดงระบุ ยืนยันและพิสูจน์ตัวตนของท่านต่อบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันเอง ผู้เอาประกันรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

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

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันยินยอมให้บริษัท 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") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสและไม่สามารถให้ความยินยอมที่มีผลผูกพันตามกฎหมายได้ด้วยตนเอง (เช่นผลิตภัณฑ์นั้นไม่สมแก่ฐานานุกรมของผู้เยาว์และไม่เป็นการจำเป็นต่อการดำรงชีพตามสมควรของผู้เยาว์)

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

(สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ("ผู้เอาประกัน") อายุ ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันของบริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกัน โดยตรงจากผู้เอาประกันหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันและ/หรือที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์

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

ข้อมูลสุขภาพ ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึง **ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี)** ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ **ข้อมูลศาสนาและหมู่เลือดในสำเนาเอกสารที่ราชการออกให้** เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการแสดงระบุ ยืนยันและพิสูจน์ตัวตนของท่านต่อบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันเอง ผู้เอาประกันรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ 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") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสและไม่สามารถให้ความยินยอมที่มีผลผูกพันตามกฎหมายได้ด้วยตนเอง (เช่นผลิตภัณฑ์นั้นไม่สมแก่ฐานาหรูปของผูเยาว์และไม่เป็นการจำเป็น ต่อการดำรงชีพตามสมควรของผูเยาว์)

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผูเยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผูเยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผูเยาว์

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.