

## ใบนำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....

เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของท่านในครั้งนี้ และเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และกาเครื่องหมาย  ลงใน  หน้ารายการเอกสารที่จัดส่งมา

### 1.1 รายการเอกสาร กรณีเสียชีวิตจากโรค

- คำแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องในมรดกกรรมของผู้เอาประกันภัย
- ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
- สำเนาใบมรณบัตรที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการจำหน่าย "ตาย" ของผู้เอาประกันภัยโดยต้องนำต้นฉบับมาแสดงด้วย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิต ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์ จำนวน 5 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ ทุกคน ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ ทุกคน ที่รับรองโดยผู้รับประโยชน์ จำนวน 4 ฉบับ
- กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือ ต้นฉบับใบรับรองการเอาประกันภัย
- หนังสือยินยอมในการเปิดเผยประวัติที่ลงนามโดยผู้รับประโยชน์หรือทายาทตามกฎหมายแล้วแต่กรณี
  - จำนวน 5 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ภายใน 1 ปี
  - จำนวน 3 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ มากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี

### 1.2 รายการเอกสารกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือเหตุอื่น ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 ดังนี้

- สำเนานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ

### 1.3 รายการเอกสารกรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ให้ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 และ 1.2 ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่ บิดา มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

### 1.4 รายการเอกสารเพิ่มเติมอื่นๆ เฉพาะบางกรณีเท่านั้น

- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (กรณีมีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) ทะเบียนสมรส ฯลฯ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้รับประโยชน์ ทุกคน (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควบนหน่วยลงทุนเท่านั้น)
- เอกสารแสดงยอดหนี้สินคงค้างของผู้เอาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีทำประกันภัยคุ้มครองยอดหนี้บัตรเครดิต)

### การจัดส่งเอกสาร

ท่านสามารถจัดส่งเอกสารดังกล่าวผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ บมจ.พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) (ชั้น 24) หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกแห่ง หรือ จัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง บมจ. พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย)

แผนกสินไหมทดแทน เลขที่ 9/9 อาคารแอสทาร์ ชั้น 20-27 ถ.สาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ ๙ 10120

ผู้นำส่งเอกสาร.....ผู้รับเอกสาร.....

วันที่นำส่งเอกสาร.....วันที่รับเอกสาร.....

**คำแถลงของผู้เรียกร้องสิทธิเนื่องจากการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย**

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อ-นามผู้สกลเอาประกันภัย.....  
 จำนวนเงินเอาประกันภัย..... วันเริ่มสัญญา.....

**1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย**

ชื่อ - นามสกลผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี  
 ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 อาชีพสุดท้ายก่อนเสียชีวิต.....ตำแหน่ง.....ประกอบอาชีพนาน.....ปี

**2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม**

ชื่อ- นามสกล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
 ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....  
 ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

**3. รายละเอียดการมรณกรรม**

วันที่เสียชีวิต.....สถานที่เสียชีวิต.....  
 สาเหตุการเสียชีวิต.....

**4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรณกรรม**

ผู้เอาประกันภัยเริ่มมีอาการหรือเจ็บป่วยมาตั้งแต่ วันที่.....  
 อาการที่สังเกตเห็น.....  
 ผู้เอาประกันพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....  
 ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาลที่ไปพบ.....

**5. รายละเอียดแพทย์และสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และในระยะใกล้เคียงกับวันสมัครทำประกันภัย**

ชื่อแพทย์และสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา

**6. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิต หรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง**

ชื่อบริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

**คำรับรองและความยินยอมของผู้เรียกร้องสิทธิ**

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏในใบคำร้องฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุน ดังนี้
  - ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องมรดกกรรมก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องครบถ้วนและอนุมัติเรียบร้อยแล้ว หากบริษัทฯ ได้รับใบเอกสารการเรียกร้องภายหลังเวลา 16.00น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง หากวันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำการได้
  - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้รับประโยชน์ก่อนและบริษัทฯ จะจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง
  - ผู้รับประโยชน์จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขายหน่วยลงทุน และราคาซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

วันที่(วัน/เดือน/ปี).....

### ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่เสียชีวิต.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
 หมายเลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....  
 เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป (H.N).....เลขที่ผู้ป่วยใน (A.N).....

- ก. เสียชีวิตวันที่..... เวลา.....

ข. สถานที่เสียชีวิต.....

ค. สาเหตุที่เสียชีวิต.....

ง. สาเหตุนำคือ.....สาเหตุแทรกซ้อนคือ.....
- ก. ท่านรู้จักกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....

ข. ตามความเห็นของท่าน โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด.....

ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย) ถ้ามีโรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด.....
- ก. ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....

ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่.....

ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....

ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่(หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ).....

จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ).....

ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ อาชีพ หรือที่พักอาศัย.....
- มีการตรวจหรือในใบนำส่ง เรียกว่า "ชันสูตรพลิกศพ" ตามวิธีทางการแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจด้วย.....
- ท่านทราบ หรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และหรือที่แห่งนี้น้ำมาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบ กรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วันที่	ชื่อแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

- ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้..... ซม น้ำหนัก..... กก. ดำหนิหรือแผลเป็น.....
- ความเห็นอื่นๆ.....

ข้าพเจ้า นพ. /พญ. ....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่..... คุณวุฒิ.....

ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....ที่อยู่.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....แพทย์  
 (โปรดประทับตราสถานพยาบาล) ( )

บริษัทฯไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้ได้มาของเอกสารฉบับนี้

## หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกี่ยวข้อง  
เป็น .....ของ(นาย,นาง,นางสาว).....("ผู้เอาประกันภัย")  
ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ตกลง  
ยินยอม ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษา  
พยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่  
บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอม  
ให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัท  
ประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากร  
ทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้า  
ตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียก  
ค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยหรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

(ลงชื่อ).....ผู้รับประโยชน์ ( ผู้ให้ความยินยอม )  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

# แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันภัยกลุ่ม

## GROUP INSURANCE CLAIM FORM



ประเภทกรมธรรม์: สวัสดิการพนักงานบริษัท (Employee Benefit)  อื่น ๆ (Other Policy) .....

Type of Insurance  สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund)

เลขที่กรมธรรม์ (Policy No.)

### 1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured Information

ชื่อ - นามสกุล Full name	วันเดือนปีเกิด/อายุ DOB / Age
เลขบัตรประชาชน ID/Passport No.	แผนก/ตำแหน่ง Dept./Position
บริษัท Employer Company	รหัสพนักงาน Employee No.
ที่อยู่สำหรับการจัดส่งเอกสาร Contact Address	หมายเลขโทรศัพท์ Tel. No.
<input type="checkbox"/> ตามบัตรประชาชน (Present Address per ID) <input type="checkbox"/> ที่ทำงาน (Work Address)	อีเมล/E-mail:
ที่อยู่ อื่น ๆ/Other Address	

### 2. ช่องทางการรับเงินชดเชยสินไหม Preferred Reimbursement Method

<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ Bank Transfer	ธนาคาร/Bank Name	สาขา/Branch	เลขที่บัญชี/Account No.	<input type="checkbox"/> เช็คสั่งจ่าย Cheque
--	------------------	-------------	-------------------------	--

### 3. รายละเอียดค่าสินไหมที่เรียกร้อง Details of Claims & Expenses

ประเภทของค่าสินไหม Types of Claim	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก Outpatient (OPD)	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน Inpatient (IPD)	<input type="checkbox"/> ค่าทันตกรรม Dental	<input type="checkbox"/> ชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายวัน HB Incentive
วันที่รักษา/Treatment Date	ชื่อสถานพยาบาล/Provider Name	คำอธิบายเพิ่มเติม/Description	จำนวนเงิน/Amount	
			จำนวนเงินรวม/ Total Amount	THB

### 4. รายละเอียดการเจ็บป่วย Details of Illness & Medical Incident

วันที่เริ่มมีอาการ /Date of Onset	คำวินิจฉัยโรค /Diagnosis
อาการสำคัญ /Signs & Symptoms	
ท่านมีการเรียกร้องสินไหมกับบริษัทประกันอื่นหรือได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายนี้จากสวัสดิการอื่นหรือไม่ Did you claim these expenses with other insurance or covered by any other benefit?	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No
	ข้อมูลกรมธรรม์อื่น/Policy Number

### 5. รายละเอียดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ Details of Accident and Injury

วันเวลาที่เกิดเหตุ Incident Date & Time	สถานที่เกิดเหตุ /Place of Accident
	อาการและการบาดเจ็บ /Description of Injury
รายละเอียดเหตุการณ์ /Incident Details	
ท่านเคยมีบาดเจ็บตำแหน่งนี้หรือไม่ Have you injured same part before?	<input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes
ก่อนเกิดเหตุท่านมีการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอาการมึนเมาหรือไม่ Did you drink any alcohol before the accident?	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No
ท่านมีการแจ้งความให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุพร้อมแนบเอกสาร Was the police involved? If yes, please provide details.	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No
ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยอื่นที่คุ้มครองอุบัติเหตุครั้งนี้หรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ Do you have other insurance covering this injury? If yes, please provide policy information.	<input type="checkbox"/> มี Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี No

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัท พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ว่าข้อมูลที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาลหรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายคืนตามกรมธรรม์ฯ ได้อย่างเต็มที่ ข้าพเจ้า ตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถเข้าถึง และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัย หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายคืนตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใด ๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูล หรือ และบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

I, hereby certify that to the best of my knowledge this claim form does not contain any false, misleading, incomplete information or intend to hidden any information in order to get coverage of this insurance. By signing this consent, I authorize my physician, clinic, hospital or any other insurances who may carry my medical record or health information including but not limited to personal information, to disclose and release my information or the above named insured to Prudential Life Assurance (Thailand) Public Company Limited, ("Prudential Thailand") and its representative for reimbursement. I consent and authorize Prudential Thailand to keep and store, use of such information, release and disclose my personal data and health information to other insurance and its representative, physician and hospital including but not limited to healthcare provider, person in authority for benefit of my reimbursement and my treatment. By signing this consent, I expressly waive my legal right to sue and prosecute against Prudential Thailand, its employee or representative and will not request any additional compensation whom which may disclose my information under this agreement and circumstance as stated above.

ลงชื่อ/Date: | D | D | - | M | M | - | Y | Y | Y | Y | ชื่อผู้เอาประกันภัย/Signature of Insured:

## 6. เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหม Document Required For Claim Settlement

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมด้านล่างนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต้องการพิจารณาสินไหม ในบางกรณีอาจมีการขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้  
The documents listed below are required at the minimum. Additional information or documents may be requested in certain circumstances.

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทุกกรณี  
Document required for all claim types

- แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันภัยกลุ่ม / Group Insurance Claim Form
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ / Original receipt
- ใบรับรองแพทย์ / Medical Certificate
- รายละเอียดการแจกจ่ายค่ารักษาพยาบาล / Detailed Invoice
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย / Copy of identification card or passport
- สำเนาน้ำสูดบัญชีธนาคาร / Copy of passbook

## 7. ช่องทางในการเรียกร้องสินไหมและติดตามสถานะสินไหม Claims Submission and Status Tracking

ช่องทางปกติ Normal Claims Submission	ส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมมายังบริษัทฯ โดยตรงที่ สำนักงานใหญ่ พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ฝ่ายสินไหม) 9/9 อาคารแอสทอร์ ชั้น 21 ถ.สาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม.10120 Submit document by post: Prudential Life Assurance (Claim Department) 9/9 @Sathon Building, Floor 21, South Sathon Rd., Yannawa, Sathom, Bangkok 10120
เคลมออนไลน์ E-Claims Submission	บริการเคลมออนไลน์ผ่านไลน์ Submit claims online via LINE @PrudentialThailand การเรียกร้องสินไหมผ่านอีเมล E-mail submission: claim@prudential.co.th
ศูนย์บริการลูกค้าและติดต่อสอบถาม Claims Service Center	ศูนย์บริการลูกค้า 1621 หรือ 0 2352 8000 เวลาทำการ จันทร์ - ศุกร์ 08:30 – 19:00 วันเสาร์ 08:30 – 16:00 ยกเว้นวันอาทิตย์และวันหยุดราชการ Hotline 1621 or 0 2352 8000 Operating Hours: Monday – Friday 08:30 – 19:00 Saturday 08:30 – 16:00 Service is not available on Sunday and public holidays
ติดตามสถานะสินไหม Claims Status Tracking & Claim Inquiry	สอบถามและติดตามสถานะการเรียกร้องสินไหมได้โดยตรงที่ Track your claims directly with Claims Department Tel. 0 2352 8368 หรือ E-mail: claim.group@prudential.co.th

## รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันถือเป็นผู้รับผิดชอบ

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 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 .....

**ผู้ตรวจรายงาน**

ผู้ใดในกรมประกันการประกันภัยแพทย์ ทำสำเนาฉบับนี้เป็นเอกสารฉบับเป็นเท็จ โดยประการที่นำจะเกิดความเสียหายแก่ผู้เอาประกันภัยหรือประกันตนผู้ใดก็ตามที่ความผิดทางกฎหมายตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และมีสิทธิที่จะขอใช้คำวินิจฉัยในทางแพ่งอีกได้อีก





บริษัท พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9/9 อาคารแอสตาทร 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 (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควบหน่วยลงทุน เท่านั้น)  
หากเป็นธนาคารต่างประเทศกรุณาระบุชื่อธนาคาร สาขา ที่อยู่ และรหัสธนาคาร (Swift code)
- อื่นๆ.....

เอกสารเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพ จากอุบัติเหตุ

- สำเนานันทกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- รายงานการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด หรือสารเสพติด(ถ้ามี) ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร

เพื่อให้การดำเนินการเรียกร้องสินไหมรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์ม นำส่งเอกสารที่ต้องใช้ตามรายการข้างต้น และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน  
วิธีการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 24 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา
- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง  
บมจ.พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน  
เลขที่ 9/9 อาคารแอสตาทร 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  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 - กรุณาอธิบายลักษณะงานที่ท่านทำโดยละเอียด .....
- ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพ กรุณาระบุสาเหตุและอธิบายรายละเอียดที่ท่านไม่สามารถทำงานได้ .....

**คำยินยอมและข้อตกลงของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

- ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้น มิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอม ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทฯ ประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ 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 จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำรายการได้
  - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ เงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง ทั้งนี้ระยะเวลาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนเป็นไปตามประกาศ กส.ต. 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 วันที่ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หากในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ได้ ให้สามารถใช้ลายนิ้วมือของผู้เอาประกันภัยแทนการลงลายมือชื่อได้ พร้อมกับพยานลงนามจำนวน 2 ท่าน และในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาลแล้ว ผู้พิทักษ์จะต้องลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในใบเรียกร้องฉบับนี้ รวมถึงต้องแนบคำสั่งศาลดังกล่าว และสำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์มาพร้อมกับใบเรียกร้องฉบับนี้ด้วย

กรุณารอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ 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"/> 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 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 หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิ เรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัทฯ ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือนุเคราะห์ใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

## หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)  
อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรุเด็นเชียล 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 หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องซึ่งตามข้างต้นแต่อย่างใด

(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) (“บริษัท”)  
ตกลงยินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติ  
การรักษาพยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่  
บริษัท หรือผู้แทน ของบริษัท เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้  
บริษัท สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย  
หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือผู้แทนของบริษัท หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์  
เพื่อการพิจารณาจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยการนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิ  
เรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเรียกค่าเสียหายกับบริษัท  
ผู้เปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นแต่อย่างใด

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

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)