



0401009002



**สแกนที่นี่**

ใช้ชีวิตง่ายกว่าในทุกวัน  
ด้วย PRU Services  
บริการกรมธรรม์ออนไลน์  
จัดการทุกเรื่องกรมธรรม์

## แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน

ชื่อ - นามสกุลของผู้อุปการะ.....

บัตรประจำตัวประชาชน อื่น ๆ .....เลขที่.....

ท่านต้องการรับเงินค่าสินไหม โดยจ่ายเป็น  เช็ค  โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....

สาขา.....เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

(ในกรณีที่แจ้งโอนเงินเป็นครั้งแรก ขอให้ท่านแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี กรณีไม่แนบเอกสารสำเนาหน้าสมุดบัญชี บริษัทฯ จะจ่ายสินไหมโดยเป็นเช็คแทน)

มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือไม่  ไม่มี  มี

กรุณาแจ้งที่อยู่ปัจจุบัน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....Email.....

**กรณีอุบัติเหตุ** กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (โดยละเอียด).....

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะของบาดแผล.....

มีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่

ไม่ เนื่องจาก.....

แจ้งเมื่อวันที่.....ที่สถานีตำรวจ.....จังหวัด.....

กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันภัยที่อื่นที่ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี).....

**กรณีเจ็บป่วย** กรุณาระบุสถานที่เข้ารับการรักษาก่อนการเข้ารับการรักษากครั้งนี้

อาการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย

ชื่อแพทย์และโรงพยาบาล / สถานพยาบาล / คลินิก

วันที่รับการรักษา / ระยะเวลารักษา

.....

.....

.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อบริษัท พยูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ

“ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยานแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/]”

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อุปการะ / ผู้มีสิทธิ์ตามกรมธรรม์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

**แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นพริบพิชชอบ**

**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 รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะ:พยาน  
 แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่าบริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบาย  
 ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>"

**ข้อควรทราบ**

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา  
 ตามประมวลกฎหมายอาญาซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้  
 ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

## หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... ("ผู้เอาประกันภัย") อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรีเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกันภัยโดยตรงจากผู้เอาประกันภัยหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย และ / หรือ ที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย

ดังนั้น ผู้เอาประกันภัยจึงยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงแพทย์ โรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง) สามารถเก็บ รวบรวม ใช้ และ / หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

**ข้อมูลสุขภาพ** ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันภัยเอง ผู้เอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าผู้เอาประกันภัยได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ / หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ / หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการขอความยินยอม และสิทธิในการถอนความยินยอม รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผ่านช่องทาง การติดต่อสื่อสารของบริษัทฯ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ / หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้เอาประกันภัย (ผู้ให้ความยินยอม)

พยาน

โทร.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอข้อมูล / ผู้รับมอบอำนาจ

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้อความในส่วนนี้ให้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการประกอบธุรกิจการค้าหรือธุรกิจอื่นหรือในการเป็นลูกจ้างในสัญญาจ้างแรงงาน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... ("ผู้เอาประกันภัย") อายุ.....ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรีเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกันภัยโดยตรงจากผู้เอาประกันภัยหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย และ / หรือ ที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกักรมธรรม์ประกันภัย

ดังนั้น ผู้เอาประกันภัยจึงยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รวมถึงแพทย์ โรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง) สามารถเก็บ รวบรวม ใช้ และ / หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

**ข้อมูลสุขภาพ** ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกักรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันภัยเอง ผู้เอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าผู้เอาประกันภัยได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ / หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ / หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการขอความยินยอม และสิทธิในการถอนความยินยอม รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผ่านช่องทาง การติดต่อสื่อสารของบริษัทฯ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ / หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้เอาประกันภัย (ผู้ให้ความยินยอม)

พยาน

โทร.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอข้อมูล / ผู้รับมอบอำนาจ

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้อความในส่วนนี้ให้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสหรือไม่ได้ได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการประกอบธุรกิจการค้าหรือธุรกิจอื่นหรือในการเป็นลูกจ้างในสัญญาจ้างแรงงาน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....