

ใบนำส่งเอกสารประกอบการเรียกร้อง สินไหมทดแทน



สแกนที่นี่
ใช้ชีวิตง่ายกว่าในทุกวัน
ด้วย PRU Services
บริการกรมธรรม์ออนไลน์
จัดการทุกเรื่องกรมธรรม์

กรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อ - นามสกุลผู้อาประกันภัย.....

เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทฯ ขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ และเพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณากรอกแบบฟอร์ม
พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้ารายการเอกสารที่จัดส่งมา

1.1 รายการเอกสาร กรณีเสียชีวิตตามธรรมชาติ

- ☐ ค่าแถลงของพริวดีนเซียลสิทธิเนื่องจากการมรณกรรมของผู้อาประกันภัย
- ☐ ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
- ☐ สำเนาใบมรณบัตรที่รับรองสำเนาถูกต้อง หรือหลักฐานรับรองการตายที่ออกโดยหน่วยงานราชการ หรือสถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น
ที่มีอำนาจหน้าที่ในการออกเอกสารหลักฐานดังกล่าวที่รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านที่มีการจำหน่าย “ตาย” ของผู้อาประกันภัย ที่รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้อาประกันภัยที่เสียชีวิต (กรณีบุคคลสัญชาติไทย) หรือหลักฐานในการยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานราชการในประเทศไทย
(กรณีชาวต่างชาติ) ที่รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ **ทุกคน** (กรณีบุคคลสัญชาติไทย) หรือหลักฐานในการยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานราชการในประเทศไทย
(กรณีชาวต่างชาติ) ที่รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์
- ☐ กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือต้นฉบับใบรับรองการเอาประกันภัย ยกเว้นกรมธรรม์แบบอิเล็กทรอนิกส์
- ☐ หนังสือยินยอมในการเปิดเผยประวัติที่ลงนามโดยผู้รับประโยชน์หรือทายาทตามกฎหมายแล้วแต่กรณี
 - จำนวน 5 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ภายใน 1 ปี
 - จำนวน 3 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ มากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี

*กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้อาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์ทุกคนหรือผู้ให้ความยินยอมมอบอำนาจ
ในการเปิดเผยประวัติตามจำนวนหนังสือยินยอมในการเปิดเผยประวัติที่ระบุข้างต้น

1.2 รายการเอกสาร กรณีเสียชีวิตพิสดารจากอุบัติเหตุหรือเหตุอื่น ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 ดังนี้

- ☐ สำเนาทะเบียนรถจักรยานยนต์เกี่ยวกับคดี และรายงานสรุปการสอบสวนเกี่ยวกับคดี (ถ้ามี) ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน
- ☐ สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ ที่ได้รับรองในหน้าที่จากเจ้าพนักงาน (ด้านหน้า - ด้านหลัง) รับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน

1.3 รายการเอกสารกรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ให้ยื่นเอกสารเพิ่มเติมจากข้อ 1.1 และ 1.2 ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่ บิดา มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

1.4 รายการเอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ

- ☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (กรณีมีการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล) ทะเบียนสมรส ฯลฯ (ถ้ามี)
- ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้รับผลประโยชน์ **ทุกคน** ที่รับรองโดยผู้รับผลประโยชน์
- ☐ เอกสารแสดงยอดหนี้สินคงค้างของผู้อาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีทำประกันภัยคุ้มครองยอดหนี้บัตรเครดิต)

ตามประกาศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) หากค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับต่อผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน

เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาท ขึ้นไป ขอให้ผู้รับประโยชน์กรณายืนยันตัวตน โดย

- ดำเนินการผ่านลิงก์ <https://prupolicy.prudential.co.th/ekyc> หรือ
- แบนรูปถ่ายสี หน้าตรงเห็นใบหน้าชัดเจน (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนเห็นภาพในบัตรฯ ชัดเจน โดยส่งไปรษณีย์มายังบริษัทฯ
- กรณีผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ และยังไม่มียุติบัตรประจำตัวประชาชน ขอให้ระบุ และพิสูจน์ทราบตัวตนของบิดา / มารดา / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

การจัดส่งเอกสาร

ท่านสามารถจัดส่งเอกสารดังกล่าวผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ บมจ. พริวดีนเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) หรือจัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง
บมจ. พริวดีนเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แพนทสโตนทาวเวอร์ เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29 - 31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ผู้นำส่งเอกสาร.....ผู้รับเอกสาร.....

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

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีมรณกรรม

กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....
 จำนวนเงินเอาประกันภัย..... วันเริ่มสัญญา.....

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

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

2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม

2.1 ชื่อ - นามสกุล..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... อายุ..... ปี
 เลขที่หนังสือเดินทาง (กรณีไม่ใช่บุคคลที่มีสัญชาติไทย)..... สัญชาติ..... วัน / เดือน / ปีเกิด.....
 ในกรณีที่มิใช่บุคคลที่มีสัญชาติไทย กรุณาระบุชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ.....
 2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีที่อยู่ปัจจุบันต่างจากที่อยู่ตามบัตรประชาชน)
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....
 อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 2.3 ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร เลขที่..... ถนน..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... อีเมล.....
 2.4 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
 ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ใช่สิทธิในฐานะ.....

3. รายละเอียดการมรณกรรม

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

4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรณกรรม

ผู้เอาประกันภัยเริ่มมีอาการหรือเจ็บป่วยมาตั้งแต่วันที่.....
 อาการที่สังเกตเห็น.....
 ผู้เอาประกันภัยพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่.....
 ชื่อแพทย์..... สถานพยาบาลที่ไปตรวจรักษา.....

5. รายละเอียดแพทย์และสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับวันสมรณทำประกันภัย

ชื่อแพทย์และสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา

6. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิต หรือประกันภัยไว้กับบริษัทฯ อันใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

คำรับรองและความยินยอมของผู้เรียกร้องสิทธิ

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แนบส่งมอบไว้แก่บริษัทฯ ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

2. เชื้อไขการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

- ข้าพเจ้ายอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร ตามเอกสารที่ได้ส่งมอบไว้แก่บริษัทฯ
- การที่บริษัทฯ ได้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีดังกล่าว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย โดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากการหนี้สินใด ๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้ว
- กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีดังกล่าว ไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ๆ ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ข้างต้นเป็นเช็ค หรือโดยวิธีการของบริษัทฯ และไม่ถือเป็นการจ่ายผลประโยชน์ล่าช้าตามข้อกำหนดการจ่ายผลประโยชน์ในกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บ รวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลบัญชีธนาคารตามระบุข้างต้น เพื่อให้บริษัทฯ และ / หรือ ธนาคารใด ๆ สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวดำเนินการเกี่ยวกับการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

3. ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน ดังนี้

- ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องมรดกก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องครบถ้วนและอนุมัติเรียบร้อยแล้ว หากบริษัทฯ ได้รับใบเอกสารการเรียกร้องภายหลังเวลา 16.00 น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง หากวันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำการได้
- สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้รับประโยชน์ก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง
- ผู้รับประโยชน์จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนจากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการ นับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทฯ จัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขายหน่วยลงทุน และราคาซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ด.

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้รับประโยชน์

พยาน

โทร.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

บิดา / มารดา / ผู้แทนโดยธรรมของผู้รับประโยชน์

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้รับประโยชน์ / ผู้เรียกร้องสิทธิตามตารางนี้

ส่วนที่ 1 กฎหมาย FATCA

การรับรองสถานะ	ผู้รับโอน
ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศเกิดที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ: ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็น หรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่	☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็น และสิ้นสุดผลบังคับ กรณีเป็น หรือเคยเป็น โปรดระบุ เลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	☐ ไม่มี ☐ มี

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (กฎหมาย CRS)

ส่วนที่ 1 ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศไทยหรือประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (กรุณารอกข้อมูลในส่วนที่ 2)
 “ถิ่นที่อยู่ทางภาษี” หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้น และ / หรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา
 ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ทำงานอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น (Please specify in English)

ที่อยู่ปัจจุบัน (Residence Address)	วัน / เดือน / ปีเกิด (Date of Birth)	ประเทศที่เกิด (Country of Birth)

โปรดกรอกข้อมูลลงในตารางต่อไปนี้ให้ครบถ้วนโดยระบุประเทศที่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่าน และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TIN) ของท่าน (ถ้ามี)

หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผลที่เหมาะสมตามเหตุผลข้อ A, B หรือ C ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

เหตุผล A: ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น

เหตุผล B: ไม่จำเป็นต้องมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีเนื่องจากกฎหมายภายในประเทศไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

เหตุผล C: ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น (Please specify in English)

ประเทศที่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล
		☐ A ☐ B ☐ C (หากเลือก C โปรดระบุเหตุผล)

คำรับรอง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท พรีเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA & CRS ในการนี้
 ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงกับบริษัทฯ สามารถดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA & CRS

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
- ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลในแบบฟอร์มเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
- ข้าพเจ้าตกลงแจ้งให้บริษัทฯ ทราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งบริษัทฯ ไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะตามที่ได้แถลงข้างต้นเปลี่ยนแปลงไปภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

กรณีที่ข้าพเจ้าเป็นพยาน และ / หรือผู้รับโอน ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ พรีเด็นเชียลฯ ดังรายละเอียดที่ปรากฏใน HYPERLINK “http://www.prudential.co.th” จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

บิดา / มารดา / ผู้แทนโดยธรรมของผู้รับประโยชน์

ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วยที่เสียชีวิต.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป (H.N).....เลขที่ผู้ป่วยใน (A.N).....

1. ก. เสียชีวิตวันที่.....เวลา.....สถานที่เสียชีวิต.....

ข. สาเหตุที่เสียชีวิต.....

ค. สาเหตุนำคือ.....สาเหตุแทรกซ้อนคือ.....

2. ก. ท่านรู้จักกับผู้ป่วยมานานเท่าใด.....

ข. ตามความเห็นของท่าน โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด.....

ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่น ๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วย และ / หรือญาติผู้ป่วย)

ถ้ามี โรคอะไรบ้าง เป็นมานานเท่าใด.....

3. ก. ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่.....

ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่.....

ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่.....

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

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

ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือที่พิกอาศัย.....

4. มีการตรวจหรือในใบนำส่ง เรียกว่า “ชั้นสูตรพลิกศพ” ตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจด้วย

5. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และ / หรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบ กรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วันที่	ชื่อแพทย์ / ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

6. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ต่ำหรืออ้วนเกินไป.....

7. ความเห็นอื่น ๆ

ข้าพเจ้า นพ. / พญ.ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....คุณวุฒิ.....

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

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

โปรดประทับตราสถานพยาบาล

แพทย์

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องกับ.....ของ (นาย, นาง, นางสาว)..... (“ผู้เอาประกันภัย”)
ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ตกลงยินยอม ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ทุกแห่งที่มีประวัติการรักษา พยาบาล หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือ
ตัวแทนของบริษัทฯ เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ ได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ สามารถจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและข้อมูล
ส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือตัวแทนของบริษัทฯ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์
เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับประโยชน์ (ผู้ให้ความยินยอม)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน