

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันภัยกลุ่ม GROUP INSURANCE CLAIM FORM

ประเภทกรมธรรม์ (Type of Insurance)

- สวัสดิการพนักงานบริษัท (Employee Benefit) สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund) อื่น ๆ (Other Policy).....
เลขที่กรมธรรม์ (Policy No.).....

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured's Information

- ชื่อ - นามสกุล (Full name).....วัน / เดือน / ปีเกิด (DOB).....
อายุ (Age).....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (ID / Passport No.).....
บริษัทนายจ้าง (Employer Company).....
แผนก / ตำแหน่ง (Dept. / Position).....รหัสพนักงาน (Employee Number).....
ที่อยู่สำหรับจัดส่งเอกสาร (Contact Address)
 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน (Present Address per ID Card).....
 ที่อยู่ทำงาน (Work Address).....
 ที่อยู่อื่น ๆ (Other Address).....
หมายเลขโทรศัพท์ (Phone Number).....อีเมล (E-mail).....

2. ช่องทางการรับเงินชดเชยสินไหม Preferred Reimbursement Method

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ (Bank Transfer)
ธนาคาร (Bank Name).....สาขา (Branch).....เลขที่บัญชี (Account No.).....
 เช็คสั่งจ่าย (Cheque)

3. รายละเอียดค่าสินไหมที่เรียกร้อง Details of Claims & Expenses

ประเภทของค่าสินไหม (Types of Claim)

- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (Outpatient OPD) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (Inpatient IPD)
 ค่าทันตกรรม (Dental) ชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายวัน (HB Incentive)

วันที่รักษา (Treatment Date)	ชื่อสถานพยาบาล (Provider Name)	คำอธิบายเพิ่มเติม (Description)	จำนวนเงิน (Amount)
จำนวนเงินรวม (Total Amount)			บาท (THB)

4. รายละเอียดการเจ็บป่วย Details of Illness & Medical Incident

- วันที่เริ่มมีอาการ (Date of Onset).....คำวินิจฉัยโรค (Diagnosis).....
อาการสำคัญ (Signs & Symptoms).....
ท่านมีการเรียกร้องสินไหมกับบริษัทประกันอื่นหรือได้รับความคุ้มครองค่าใช้จ่ายนี้จากสวัสดิการอื่นหรือไม่
Did you claim this expenses with other insurance company or have you been covered by any other benefits?
 มี (Yes) ไม่มี (No)
ข้อมูลกรมธรรม์อื่น (Policy Information)
.....

5. รายละเอียดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ Details of Accident and Injury

วันที่และเวลาที่เกิดเหตุ (Incident Date & Time).....สถานที่เกิดเหตุ (Place of Accident).....

อาการและการบาดเจ็บ (Description of Injury).....

รายละเอียดเหตุการณ์ (Incident Details).....

พยานผู้พบเห็นเหตุการณ์ (Witness / Bystander)

ชื่อ - นามสกุล (Full name).....หมายเลขโทรศัพท์ (Phone Number).....

ท่านเคยเกิดอุบัติเหตุในบริเวณนี้มาก่อนหรือไม่ (Have you ever had any injuries on the same part?)

มี (Yes) เมื่อวันที่..... ไม่มี (No)

ก่อนเกิดเหตุท่านมีการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการกินเม้าหรือไม (Did you drink any alcohol before the accident?)

มี (Yes) ระบุ..... ไม่มี (No)

ท่านมีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุพร้อมแนบเอกสาร (Was the police involved? If yes, please provide details.)

มี (Yes) ระบุ..... ไม่มี (No)

ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยอื่นที่คุ้มครองอุบัติเหตุครั้งนี้หรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ

(Do you have other insurance covering this injury? If yes, please provide policy information.)

มี (Yes) ระบุ..... ไม่มี (No)

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าให้คำรับรองต่อบริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ว่าข้อความที่กล่าวตามข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้นมิได้ปิดเพยให้บริษัทฯ ทราบ

I, hereby certify that to the best of my knowledge this claim form does not contain any false, misleading, incomplete information or intend not to disclose any information in order to get coverage of this insurance.

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

วันที่ (Date).....ลงชื่อผู้เอาประกันภัย (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

- แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมประกันกลุ่ม / Group Insurance Claim Form
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ / Original receipt
- ใบรับรองแพทย์ / Medical Certificate
- รายละเอียดการแจกแจงค่ารักษาพยาบาล / Detailed Invoice
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย / Copy of insured's identification card or passport
- สำเนาหนังสือเดินทาง / Copy of passport

7. ช่องทางในการเรียกร้องสินไหมและติดตามสถานะสินไหม Claims Submission and Status Tracking

ช่องทางปกติ

Normal Claims Submission

ส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมมายังบริษัทฯ โดยตรง ที่
สำนักงานใหญ่ บมจ. พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) (ฝ่ายสินไหม)
 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 Submit document by post: **Prudential Life Assurance (Thailand) PCL** (Claim Department)
 944 Mitrtown Office Tower, 10th, 29th - 31st Floor, Rama 4 Road, Wangmai, Pathumwan, Bangkok 10330

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 & Claims Inquiry

สอบถามและติดตามสถานะการเรียกร้องสินไหมได้โดยตรงที่
 Track your claims directly with Claims Department
 Tel. 0 2352 8368 หรือ E-mail: claim.group@prudential.co.th

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 1ICD 10.....Diagnosis 2ICD 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 YesWeeks (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 พรุเด็นเซียล 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 รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผ่านทาง 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.