



สแกนที่นี่

ใช้ชีวิตง่ายกว่าในทุกวัน
ด้วย PRU Services
บริการกรมธรรม์ออนไลน์
จัดการทุกเรื่องกรมธรรม์

กรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....

กรณีทูลพลาภาพสิ้นเชิงถาวร เอกสารที่ต้องใช้

- ใบเรียกร่องเงินค่าทดแทน กรณีทูลพลาภาพสิ้นเชิงถาวร
- ใบประเมินความทูลพลาภาพ (MEDICAL EVALUATION REPORT)
- สำเนาประวัติการรักษา ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ที่รับรองโดยผู้เอาประกันภัย
- กรมธรรม์ หรือ ใบรับรองการเอาประกันภัยต้นฉบับ
- ภาพถ่ายเต็มตัวปัจจุบัน ของผู้เอาประกันภัย
- หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ที่ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ขอให้บิดา / มารดา / คู่สมรสที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย / บุตรโดยสายโลหิตของผู้เอาประกันภัยที่อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปลงนามแทน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาทะเบียนสมรสของผู้ลงนามที่รับรองสำเนาถูกต้อง)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเรียกร่องกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุน เท่านั้น)
อื่น ๆ

เอกสารเพิ่มเติมกรณีทูลพลาภาพ จากอุบัติเหตุ

- สำเนาทicketประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่พ้อออกเอกสาร
- รายงานการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด หรือสารเสพติด (ถ้ามี) ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่พ้อออกเอกสาร

เพื่อให้การดำเนินการเรียกร่องสินไหมรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์มนำส่งเอกสารที่ต้องใช้ตามรายการข้างต้นและลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน

วิธีการส่งเอกสารเรียกร่องสินไหม

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 10 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา
- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง บมจ. ประดุเด็นเชี่ยล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29 - 31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
- ผ่านตัวแทนผู้ให้บริการ
หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อศูนย์บริการลูกค้า โทร. 1621 ในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.30 - 19.00 น. และวันเสาร์ เวลา 8.30 - 16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการ และวันหยุดประจำปี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งเอกสาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

1. เลขที่กรมธรรม์.....ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....
เพศ ชาย หญิง เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ.....
2. ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
3. วันเริ่มต้นทุพพลภาพ คือ.....จากสาเหตุ.....
4. ลักษณะอาการในปัจจุบันของท่าน นอนอยู่บนเตียงเท่านั้น อยู่ภายในบริเวณบ้านเท่านั้น ทำกิจวัตรประจำวัน / ทำงานได้ตามปกติ
อธิบายลักษณะกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ท่านมีส่วนร่วม.....
5. ท่านไปพบแพทย์บ่อยเพียงใด.....ครั้งสุดท้ายที่ไปพบแพทย์คือ.....
ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ท่านไปตรวจรักษา คือ.....
6. ลักษณะอาการของท่านเมื่อเทียบกับ 1 ปีที่ผ่านมา
 อาการดีขึ้น อาการดีขึ้นเล็กน้อย อาการคงเดิม อาการแย่ลง อาการแย่ลงกว่าเดิมมาก
7. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพหรือไม่
 ไม่ - ระบุวันที่ท่านทำงานวันสุดท้าย.....
 ใช่ - กรุณาอธิบายลักษณะงานที่ทำโดยละเอียด.....
ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพ กรุณาระบุสาเหตุ และอธิบายรายละเอียดที่ท่านไม่สามารถทำงานได้.....
8. โปรดให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะช่วยให้การเรียกร้องของท่านดำเนินการได้เร็วขึ้น.....

คำยินยอมและข้อตกลงของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้น มิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ
- ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตควบน่วยลงทุน ดังนี้

1. ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ อนุมัติเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนภายหลังจากเวลา 16.00 น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง และในกรณีที่วันที่ขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำรายการได้

2. สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง ทั้งนี้ระยะเวลาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนเป็นไปตามประกาศ ก.ล.ต. กำหนด

3. ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนและเงินผลประโยชน์จากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทฯ จัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิมูลค่าหน่วยลงทุนราคาขายหน่วยลงทุนและราคาซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

"ในกรณีที่บริษัทฯ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งท่านอาจเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในฐานะพยานแพทย์ ผู้ทำการรักษาหรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ท่านรับทราบแล้วว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งเข้าถึงได้ที่ [<https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>]"

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะเป็นผู้พิทักษ์

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ ณ ขณะนี้ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หากในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์แต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ได้ ให้สามารถให้ลายมือชื่อของผู้อื่นแทนการลงลายมือชื่อได้พร้อมกับพยานลงนามจำนวน 2 ท่าน และในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาลแล้ว ผู้พิทักษ์จะต้องลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในใบเรียกร้องฉบับนี้ รวมถึงต้องแนบคำสั่งศาลดังกล่าว และสำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์มาพร้อมกันในใบเรียกร้องฉบับนี้ด้วย

ส่วนที่ 2 รายงานแพทย์

กรุณารอกข้อความต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อ - นามสกุลผู้อาประกันภัย (Insured's Name).....อายุ (Age).....ปี (Year)

1. ภูมิลำเนาและสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ (State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity)

2. ภูมิลำเนาผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ
 (State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, etc.)

3. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis).....

4.ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Any Complication).....

5. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ (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 (Alert) <input type="checkbox"/> สับสน (Confuse) <input type="checkbox"/> สลึมสลือ (Drowsy) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว (Unconsciousness)			
6.2 กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power)	Arm	Right	Grade : 0 I II III IV V	Leg
		Left	Grade : 0 I II III IV V	Right
				Grade : 0 I II III IV V
6.3 ความสามารถในการฟัง (Listening)	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ (Understanding)		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังให้เข้าใจ (Difficult in Understanding)	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย (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"/> อื่น ๆ 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"/> ควบคุมไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย
	ควบคุมปัสสาวะ: (Monitoring control of bladder)	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย
6.6 ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา (Decision Making)	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม:		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้
6.7 ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabled)	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว (Temporary Total Disability)		<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรบางส่วน (Permanent Partial Disability)	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร (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).....

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สาขาเวชกรรมชั้น 1 (Thailand's Medical Registration No.).....คุณวุฒิ (Qualification).....

วุฒิบัตร / อนุมัติบัตรสาขา (Specialty).....ชื่อของสถานพยาบาล (Name of Hospital).....

หมายเลขโทรศัพท์ (Telephone No.).....วันที่ตรวจ (Date of Examination).....

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 หรือนุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกักรมธรรม์ประกันภัย

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

ความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกักรมธรรม์ประกันภัย

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการขอความยินยอม และสิทธิในการถอนความยินยอม รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผ่านช่องทางติดต่อสื่อสารของบริษัทฯ 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.

ข้อความในส่วนนี้ให้ใช้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 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 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") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสหรือไม่ได้ได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการประกอบธุรกิจการค้าหรือธุรกิจอื่นหรือในการเป็นลูกจ้างในสัญญาจ้างแรงงาน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.