



บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9/9 อาคารแอสซาทร ชั้น 21-27 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888

อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th

ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

หนังสือเรียกร้อง

- ☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ / ค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ☐ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม
☐ ค่าชดเชยรายวันกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ในฐานะคนไข้) ☐ ค่าทดแทนตามสัญญา

โปรดกรอกข้อความโดยละเอียด และยื่นต่อบริษัทโดยเร็ว พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน
สำหรับกรณีเรียกร้องค่ารักษาในโรงพยาบาล และศัลยกรรมต้องส่งหลักฐานเพิ่มเติมดังนี้ คือ

1. ใบรับรองแพทย์ หรือใบรายงานผลการชันสูตรโรค
2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับของสถานพยาบาล พร้อมใบแสดงรายการแยกประเภทค่าใช้จ่าย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เลขที่กรมธรรม์
ชื่อและนามสกุลของเจ้าของกรมธรรม์ (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน โทร
สถานที่ทำงาน โทร
2. ก) สถานที่ที่จะให้ส่งค่าสินไหมทดแทน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน ☐ สาขา
☐ อื่นๆ โปรดระบุ

ข) กรณีผู้เอาประกันภัยอยู่ต่างจังหวัด (นอกเหนือจาก กทม. นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ) โปรดระบุสาขาของธนาคารที่ท่านมีบัญชีเงินฝาก
หรือสาขาที่ท่านสะดวกจะนำเช็คไปขึ้นเงิน

3. กรณีอุบัติเหตุ
วันที่เกิดเหตุ เวลา น. สถานที่เกิดเหตุ
เหตุเกิดขึ้นอย่างไร ชื่อ / ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์
มีการแจ้งความหรือไม่ ที่ใด
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล

4. กรณีเจ็บป่วย
ป่วยด้วยโรคอะไร ตั้งแต่เมื่อใด
มีอาการอย่างไร ผลการรักษาเป็นอย่างไร

5. ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา แพทย์ผู้ทำการรักษา

6. ท่านมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุ) ชื่อบริษัท กรมธรรม์เลขที่

หมายเหตุ: หากท่านมีข้อสงสัยใด โปรดติดต่อโดยตรงที่ตัวแทน หรือสำนักงานสาขาบริษัท หรือสอบถามโดยตรงที่ แผนกบริการข้อมูล

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัท พรูเด็นเชียล
ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ทราบ

อนึ่งข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัท และ/หรือ ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัท สามารถดำเนินการพิจารณาและตรวจสอบขอทราบข้อมูล
ด้านสุขภาพ, ประวัติการรักษายาของข้าพเจ้าได้ ทั้งนี้รวมถึงการขอคัดถ่ายเอกสารบันทึกประวัติการเข้ารับรักษายา, ขอคำรับรองประวัติ
การรักษายา, การให้คำปรึกษา, ใบสั่งยา หรือการรักษา รวมถึงค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ("ข้อมูล") จากการวินิจฉัยของแพทย์ในคลินิก
โรงพยาบาลของรัฐบาล, โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่ง ("สถานพยาบาล") ที่ข้าพเจ้าเคยเข้ารับการตรวจ และ/หรือเคยเข้าทำการรักษาได้
หรือที่ได้เคยให้ข้อมูลไว้แก่บริษัทก็ตาม และนอกจากนี้ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ในสถานพยาบาลซึ่งได้กระทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้ง
ข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัท และ/หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทได้ด้วย

ชื่อ ผู้เอาประกันภัย

วันที่

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name		Age: years		Sex: ☐ male ☐ female	
ID No		H.N.#		A.N.# X.N.#	
Date admitted		Time		Date discharged Time	
1. CHIEF COMPLAINT :					
2. <u>FOR ILLNES</u> 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. C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? ☐ No ☐ Yes Indication for admission					
3. <u>FOR ACCIDENT</u> 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					
4. Date first saw the patient for this illness / injury :					
5. a) Present illness / Details of Injury : b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)					
6. a) Pertinent lab / Investigations : b) HIV Test ☐ Yes, result ☐ No					
7. Diagnosis 1ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Diagnosis 2 ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Diagnosis 3ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Diagnosis 4 ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (Including principle underlying condition and complication)					
8. a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.) : b) Operation : ICD 9 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Pathology report : Surgeon's Name Specialty Date performed : c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. ☐ No ☐ Yes, please give detail					
9. a) Result of Treatment : ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor b) Possibility of recurrence? ☐ Yes ☐ No					
10. a) Date of the last treatment / Follow up : b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?					
11. Was the patient referred to you by other physician(s)? ☐ Yes ☐ No Doctor : Clinic / Hospital :					
<u>ข้อควรทราบ</u> ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง					

12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (eg: Pre-existing weakness or extended period of disability)?

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| a) Physical defects / congenital anomaly | ☐ No | ☐ Yes |
| b) Unfavorable past medical history | ☐ No | ☐ Yes |
| c) Degenerative change(s) | ☐ No | ☐ Yes |
| d) A family history that increased the probability or severity of this disease | ☐ No | ☐ Yes |
| e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? | ☐ No | ☐ Yes |
| f) Alcohol or drugs = mg% | ☐ No | ☐ Yes |

If the answer is "yes", please specify

.....

.....

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor / Hospital's / Name
.....				
.....				
.....				
.....				

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment ☐ No ☐ Yes weeks (LMP:)

: Was the treatment relate to infertility? ☐ No ☐ Yes

15. 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 Date

*** เมื่อทำนกรอกข้อความเสร็จเรียบร้อยแล้ว
กรุณาปิดผนึกเอกสารก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วยหรือตัวแทน ***