



**บริษัท ประดูเด็นเชี่ยล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888  
อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th  
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

**เอกสารประกอบการเรียกร้องสิทธิกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร**

กรมธรรม์เลขที่.....นามผู้เอาประกันภัย.....

**กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เอกสารที่ต้องใช้**

- ใบเรียกร้องเงินค่าทดแทน กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
- ใบประเมินความทุพพลภาพ (MEDICAL EVALUATION REPORT)
- สำเนาประวัติการรักษา ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ที่รับรองโดยผู้เอาประกันภัย
- กรมธรรม์ หรือ ใบรับรองการเอาประกันภัยต้นฉบับ
- ภาพถ่ายเต็มตัวปัจจุบัน ของผู้เอาประกันภัย
- หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ที่ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย

(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ขอให้บิดา/มารดา/คู่สมรสที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย/บุตรโดยสายโลหิตของผู้เอาประกันภัยที่อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปลงนามแทน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาทะเบียนสมรสของผู้ลงนามที่รับรองสำเนาถูกต้อง)

- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเรียกร้องกรมธรรม์ประกันชีวิตควมหน่วยลงทุน เท่านั้น)
- อื่นๆ.....

**เอกสารเพิ่มเติมกรณีทุพพลภาพ จากอุบัติเหตุ**

- สำเนาบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร
- รายงานการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด หรือสารเสพติด(ถ้ามี) ที่รับรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้ออกเอกสาร

เพื่อให้การดำเนินการเรียกร้องสินไหมรวดเร็ว กรุณากรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์ม นำส่งเอกสารที่ต้องใช้ตามรายการข้างต้น และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน  
วิธีการส่งเอกสารเรียกร้องสินไหม

- ยื่นผ่านเคาน์เตอร์บริการ ณ สำนักงานใหญ่ ชั้น 10 หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกสาขา
- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง  
บมจ. ประดูเด็นเชี่ยล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) แผนกสินไหมทดแทน  
เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
- ผ่านตัวแทนผู้ให้บริการ

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อศูนย์บริการลูกค้าโทร 1621 ในวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.30 – 19.00 น. และวันเสาร์ เวลา 8.30 – 16.00 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการ และวันหยุดประจำปี)

ลงนาม.....ผู้ส่งเอกสาร  
( )

วันที่.....

**ใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร**

- เลขที่กรมธรรม์ ..... ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย .....  
 เพศ  ชาย  หญิง เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ .....
- ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....
- วันเริ่มต้นทุพพลภาพ คือ ..... จากสาเหตุ .....
- ลักษณะอาการในปัจจุบันของท่าน  นอนอยู่บนเตียงเท่านั้น  อยู่ภายในบริเวณบ้านเท่านั้น  ทำกิจวัตรประจำวัน / ทำงานได้ตามปกติ  
 อธิบายลักษณะกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ท่านมีส่วนร่วม .....
- ท่านไปพบแพทย์บ่อยเพียงใด ..... ครั้งสุดท้ายที่ไปพบแพทย์คือ .....  
 ชื่อ และที่อยู่ของแพทย์ที่ท่านไปตรวจรักษา คือ .....
- ลักษณะอาการของท่านเมื่อเทียบกับ 1 ปีที่ผ่านมา  
 อาการดีขึ้น  อาการดีขึ้นเล็กน้อย  อาการคงเดิม  อาการแย่ลง  อาการแย่ลงกว่าเดิมมาก
- ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพหรือไม่  
 ไม่ - ระบุวันที่ท่านทำงานวันสุดท้าย .....  
 ใช่ - กรุณาอธิบายลักษณะงานที่ท่านทำโดยละเอียด .....  
 ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพ กรุณาระบุสาเหตุและอธิบายรายละเอียดที่ท่านไม่สามารถทำงานได้ .....
- โปรดให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่า จะช่วยให้การเรียกร้องของท่านดำเนินการได้เร็วขึ้น .....

**คำยินยอมและข้อตกลงของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

- ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้น มิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ
  - ข้าพเจ้าตกลงยินยอมและรับทราบการเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตครบถ้วนลงทุน ดังนี้
- ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนก่อนเวลา 16.00 น. บริษัทฯ จะดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน ในวันทำการถัดจากวันที่บริษัทฯ อนุมัติเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรครบถ้วนภายหลังจากเวลา 16.00 น. ให้ถือว่าบริษัทฯ ได้รับในวันทำการถัดจากวันที่ได้รับเอกสารการเรียกร้อง และในกรณีที่วันที่จะขายคืนหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทฯ จะทำการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำรายการได้
  - สำหรับกรมธรรม์ที่มีการลงทุนทั้งกองทุนรวมในประเทศ และกองทุนรวมต่างประเทศ บริษัทฯ จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ เงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมในประเทศให้แก่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยก่อน และบริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนของกองทุนรวมต่างประเทศในภายหลัง ทั้งนี้ ระยะเวลาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน และเงินผลประโยชน์ที่ได้จากการขายคืนหน่วยลงทุนเป็นไปตามประกาศ กลด. กำหนด
  - ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จะได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนและเงินผลประโยชน์จากการขายคืนหน่วยลงทุนภายใน 5 วันทำการนับแต่วันที่บริษัทฯ ดำเนินการขายคืนหน่วยลงทุน เว้นแต่ในกรณีที่บริษัทจัดการกองทุนรวมได้รับการผ่อนผันระยะเวลาการคำนวณมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ มูลค่าหน่วยลงทุน ราคาขาย หน่วยลงทุน และราคารับซื้อคืนหน่วยลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ต.

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

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย ..... วันที่.....  
 ( )  
 ลงชื่อ ..... พยาน/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะเป็นผู้พิทักษ์ ..... ลงชื่อ.....พยาน  
 ( ) ( )

**หมายเหตุ** ณ วันที่ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หากในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ไม่สามารถลงลายมือชื่อในใบเรียกร้องฉบับนี้ได้ ให้สามารถให้ลายนิ้วมือของผู้เอาประกันภัยแทนการลงลายมือชื่อได้ พร้อมกับพยานลงนามจำนวน 2 ท่าน และในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาลแล้ว ผู้พิทักษ์จะต้องลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในใบเรียกร้องฉบับนี้ รวมถึงต้องแนบคำสั่งศาลดังกล่าว และสำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์มาพร้อมกับใบเรียกร้องฉบับนี้ด้วย

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อและสกุลผู้เอาประกันภัย(Insured's Name) \_\_\_\_\_ อายุ(Age) \_\_\_\_\_ ปี(Year)

1. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity

2. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, etc.

3. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) \_\_\_\_\_

4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Any Complication) \_\_\_\_\_

5. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ (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		<input type="checkbox"/> สับสน		<input type="checkbox"/> สลึมสลือ		<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว
	Alert		Confuse		Drowsy		Unconsciousness
6.2 กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle power	Arm	Right	Grade : 0 I II III IV V	Leg	Right	Grade : 0 I II III IV V	
		Left	Grade : 0 I II III IV V		Left	Grade : 0 I II III IV V	
6.3 ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังให้เข้าใจ			<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย	
	Understanding		Difficult in Understanding			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"/> อื่นๆ 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"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย	
	ควบคุมปัสสาวะ (Monitoring control of bladder)			<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย	
6.6 ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ				
	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้						
6.7 ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว		<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรบางส่วน			<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร	
	Temporary Total Disability		Permanent Partial Disability			Permanent Total Disability	
6.8 การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น		<input type="checkbox"/> คงที่			<input type="checkbox"/> แยลง	
6.9 ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment							

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย(Name of Physician) \_\_\_\_\_ ลายมือชื่อ(Signature) \_\_\_\_\_

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 (Thailand's Medical Registration No.): \_\_\_\_\_ คุณวุฒิ(Qualification) \_\_\_\_\_

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา (Specialty) \_\_\_\_\_ ชื่อของสถานพยาบาล(Name of Hospital) \_\_\_\_\_

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



## บริษัท ประดุเด็นเชี่ยล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888  
อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th  
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

### หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... ("ผู้เอาประกันภัย") อายุ ..... ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท ประดุเด็นเชี่ยล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกันภัย โดยตรงจากผู้เอาประกันภัยหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ประกันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยและ/หรือที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาคำขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองประกันภัย

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

**ข้อมูลสุขภาพ** ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาคำขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันภัยเอง ผู้เอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันภัยได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการขอความยินยอม และสิทธิในการถอนความยินยอม รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ผ่านช่องทางติดต่อสื่อสารของบริษัทฯ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

(ลงชื่อ) ..... ผู้เอาประกันภัย (ผู้ให้ความยินยอม) โทร.....

(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน (ลงชื่อ) ..... พยาน

(.....) (.....)

ลงชื่อ) ..... ผู้ขอข้อมูล/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้อความในส่วนนี้ให้ใช้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการประกอบธุรกิจการค้าหรือธุรกิจอื่นหรือในการเป็นลูกจ้างในสัญญาจ้างแรงงาน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ..... ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



## บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพระราม 4 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้า โทร: 1621 โทรสาร: 0 2353 4888  
อีเมล: hotline@prudential.co.th เว็บไซต์: www.prudential.co.th  
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

### หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... ("ผู้เอาประกันภัย") อายุ ..... ปี ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") รับทราบว่า บริษัทฯ อาจมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน เช่น ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการของผู้เอาประกันภัย โดยตรงจากผู้เอาประกันภัยหรือจากแหล่งอื่น เช่น บุคคลหรือผู้ให้บริการประมวลผลการจ่ายสินไหมตามกรมธรรม์ที่บริษัทฯ มอบหมาย บริษัทฯ ปรักันอื่น แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยและ/หรือที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษา หรือบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (รวมเรียกว่า "หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง") เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองประกันภัย

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

**ข้อมูลสุขภาพ** ตามที่ปรากฏในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความพิการ (หากมี) ตามที่ปรากฏในใบเรียกร้องเงินค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ใบประเมินความทุพพลภาพ (หากมี) และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาค่าขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนอกเหนือไปจากตัวผู้เอาประกันภัยเอง ผู้เอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้เอาประกันภัยได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ซึ่งใช้บังคับกับบุคคลดังกล่าว และ/หรือได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าว (ในกรณีที่กฎหมายบังคับ)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการขอความยินยอม และสิทธิในการถอนความยินยอม รวมถึงการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ผ่านช่องทางทางการติดต่อสื่อสารของบริษัทฯ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice/>

การลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ปรากฏข้างต้นได้

(ลงชื่อ) ..... ผู้เอาประกันภัย (ผู้ให้ความยินยอม) โทร.....

(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน (ลงชื่อ) ..... พยาน

(.....) (.....)

ลงชื่อ) ..... ผู้ขอข้อมูล/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้อความในส่วนนี้ให้ใช้บังคับในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ("ผู้เยาว์") และยังไม่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรสหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการประกอบธุรกิจการค้าหรือธุรกิจอื่นหรือในการเป็นลูกจ้างในสัญญาจ้างแรงงาน

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ รับรองและรับประกันว่ามีอำนาจในการกระทำการแทนผู้เยาว์ได้ตามกฎหมายและให้ความยินยอมตามที่ปรากฏข้างต้น

(ลงชื่อ) ..... ผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....