ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE
หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
https://www.dhipayalife.co.th

ตัวอย่าง กรณี ค่ารักษาพยาบาล เจ็บป่วย ผู้ป่วยนอก

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☑ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่ .....

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☑ โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว มัน คง เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เซ็นทรัล พระราม 2

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อกและข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อกและ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว มัน คง อายุ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234567891 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

โทรศัพท์มือถือ 081-487-1141 อีเมล ..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา พญาไท 1 วันที่รับการรักษา 3 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ใจ มันคง

การวินิจฉัยของแพทย์ ปวย เจ็บคอ การรักษาเป็นแบบ ☑ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่มี ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท .....เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) .....อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ..... ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) ปวย เจ็บคอ

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 1 วัน

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอานาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดาเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ มันคง ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้ยาว์ .....

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน (.....)

วันที่ .....

ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE
หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
https://www.dhipayalife.co.th

ตัวอย่าง กรณี เจ็บป่วย ผู้ป่วยใน

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☑ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่ .....

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☑ โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว เปรียว จีด เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เซ็นทรัล พระราม 2

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อกและข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อกและ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว เปรียว จีด อายุ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234567891 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

โทรศัพท์มือถือ 081-487-1141 อีเมล ..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา พญาไท 1 วันที่รับการรักษา 3 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ใจ มันคง

การวินิจฉัยของแพทย์ ต่อมทอมซินอักเสบ การรักษาเป็นแบบ ☐ ผู้ป่วยนอก ☑ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึง 5 ตุลาคม 2567

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่มี ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท .....เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) .....อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ..... ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) ต่อมทอมซินอักเสบบ

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 1 วัน

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอานาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดาเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ เปรียว จีด ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้ยาว์ .....

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน (.....)

วันที่ .....

ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE
หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
https://www.dhipayalife.co.th

ตัวอย่าง กรณี ค่ารักษาพยาบาล อุบัติเหตุ

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☑ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่ .....

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☑ โอนเงิน ชื่อบัญชี นาย หล่อ มาก เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เซ็นทรัล พระราม 9

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อกและข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อกและ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นาย หล่อ มาก อายุ 35 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234568 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

..... โทรศัพท์มือถือ 081-123-1148 อีเมล ..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์ วันที่รับการรักษา 4 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ธง ชัย

การวินิจฉัยของแพทย์ กระดูกข้อศอกหัก การรักษาเป็นแบบ ☑ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค ไม่

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่ ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท .....เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ 3 ตุลาคม 2567 เวลา 17.00 น. สถานที่เกิดเหตุ ห้องน้ำที่โรงแรม เวลลิงตัน

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) ลื่นล้มในห้องน้ำ แล้วเอามือยันพื้น ทำให้ข้อศอกหัก อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ข้อศอก

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล กระดูกข้อศอกหัก ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่มี ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) .....

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ .....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอานาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดาเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ หล่อ มาก ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้ยาว์ .....

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน (.....)

วันที่ .....

ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE
หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
https://www.dhipayalife.co.th

ตัวอย่าง กรณี ผู้เอาประกันเป็น บุตร ผู้เยาว์

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☑ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่ .....

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☑ โอนเงิน ชื่อบัญชี บัญชีธนาคารของงผู้ปกครอง เลขที่บัญชี บัญชีธนาคารของงผู้ปกครอง ธนาคาร บัญชีธนาคารของงผู้ปกครอง สาขา บัญชีธนาคารของงผู้ปกครอง

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อกและข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อกและ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย ด.ช. น่า รัก อายุ 5 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234568 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

..... โทรศัพท์มือถือ เบอร์ผู้ปกครอง อีเมล ..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์ วันที่รับการรักษา 4 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ธง ชัย

การวินิจฉัยของแพทย์ กระดูกข้อศอกหัก การรักษาเป็นแบบ ☑ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค ไม่

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่ ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท ..... เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ 3 ตุลาคม 2567 เวลา 17.00 น. สถานที่เกิดเหตุ ห้องน้ำที่โรงแรม เวลลิงตัน

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) ลื่นล้มในห้องน้ำ แล้วเอามือยันพื้น ทำให้ข้อศอกหัก อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ข้อศอก

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล กระดูกข้อศอกหัก ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่มี ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) .....

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ .....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอานาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดาเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ ลายเซ็นผู้ปกครอง ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ลายเซ็นผู้ปกครอง ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ บิดา , มารดา

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน (.....)

วันที่ .....

ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE
หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
https://www.dhipayalife.co.th

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ตัวอย่างกรณี เรียกร้อง ทำฟัน

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☑ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☑ โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว เปรียว จีด เลขที่บัญชี 1111111111 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา ฟิวเจอร์ พาร์ค รังสิต

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อกและข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อกและ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว เปรียว จีด อายุ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111111111112 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

โทรศัพท์มือถือ 081-111-1234 อีเมล ..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา โรงพยาบาล พญาไท 1 วันที่รับการรักษา 1 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ หมอ ดี

การวินิจฉัยของแพทย์ เหงือกอักเสบ การรักษาเป็นแบบ ☑ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค.....

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่ ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท .....เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) .....อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ..... ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) เหงือกอักเสบ

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ .....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอานาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดาเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ เปรียว จีด ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

(นางสาว เปรียว จีด) (.....) (.....)

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้ยาว์ .....

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน (.....)

วันที่ 1 ตุลาคม 2567

ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE
หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
https://www.dhipayalife.co.th

ตัวอย่าง กรณี เบิกค่าตรวจสุขภาพ

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☐ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☑ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่ .....

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☑ โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว ใจ รัก เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เซ็นทรัล พระราม 2

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อกและข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อกและ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว ใจ รัก อายุ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234567891 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

..... โทรศัพท์มือถือ 081-487-1141 อีเมล ..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา พญาไท 1 วันที่รับการรักษา 2 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ หมอ เก่ง

การวินิจฉัยของแพทย์ ตรวจสุขภาพ การรักษาเป็นแบบ ☑ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่มี ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท .....เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) .....อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ..... ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) .....

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ .....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอานาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดาเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ ใจ รัก ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้ยาว์ .....

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน (.....)

วันที่ .....