



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

**หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน**

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร**

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....นามนายจ้าง..... ใบรับรองเลขที่..... นามลูกจ้าง.....

กรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

กรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย .....อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน .....

โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล..... ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา..... วันที่รับการรักษา..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

การวินิจฉัยของแพทย์..... การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่..... ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค.....

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นั้นท่านเคยได้รับการรักษาจากที่ไหนมาก่อนหรือไม่..... 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 ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้ .....

**ให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล**

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพที่มีความอ่อนไหว ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา ที่ปรากฏในเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั้งหมดของข้าพเจ้า หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (บางกรณี) ทั้งปัจจุบัน และ เพิ่มเติมในอนาคต เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินตามสัญญากรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่ตัวแทน นายหน้าหรือผู้ให้บริการซึ่งเป็นคู่สัญญาฝ่ายที่สามเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์เดียวกันข้างต้น ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดใน [https://www.dhipayalife.co.th/privacy\\_policy\\_2563](https://www.dhipayalife.co.th/privacy_policy_2563) เรียบร้อยแล้ว



**มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา**

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด แก่ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายตามกฎหมายเพื่อดำเนินการ ติดต่อขอรับประวัติดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าดำเนินการเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารข้างต้นฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล (ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล)/ ผู้มอบอำนาจและผู้ให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติ

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

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

หมายเหตุ : \* กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองตามกฎหมายลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ .....

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

วันที่ .....