



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

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



รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....นามนายจ้าง.....ใบรับรองเลขที่.....นามลูกจ้าง.....
กรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญเลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ชื่อ-สกุลของผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
โทรศัพท์..... อีเมล.....คุณเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ ไม่ใช่

วันที่กรมธรรม์.....เวลา.....น. อายุ.....ปี สาเหตุแห่งกรมธรรม์.....สถานที่ที่ถึงแก่กรมธรรม์.....

ความเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ตายมีอาการหรือเริ่มป่วยตั้งแต่เมื่อใด.....ชื่อของแพทย์ที่ทำการรักษาจนถึงแก่กรรม.....สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....

ในระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา ผู้ตายมีอาการและทำการรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย / บาดเจ็บอุบัติเหตุอะไรหรือไม่ โปรดระบุ

Table with 4 columns: วันที่เข้ารับการรักษา, โรค หรือ อาการที่ทำการรักษา, ชื่อแพทย์, สถานพยาบาล

ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดหรือไม่

Table with 4 columns: ชื่อบริษัทประกัน, หมายเลขกรมธรรม์, วันที่เริ่มทำสัญญา, จำนวนเงินเอาประกันภัย

ให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพที่มีความอ่อนไหว ที่ปรากฏในเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั้งหมด เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินตามสัญญากรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่ตัวแทน นายหน้าหรือผู้ให้บริการซึ่งเป็นคู่สัญญาฝ่ายที่สามเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์เดียวกันข้างต้น ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดใน https://www.dhipayalife.co.th/privacy_policy_2563 เรียบร้อยแล้ว



รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์การหรือบุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายตามกฎหมายเพื่อดำเนินการ ติดต่อบริการประวัติดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าดำเนินการเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารข้างต้นฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับประโยชน์ (ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล)/ ผู้มอบอำนาจและผู้ให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติ
(.....)

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

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

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

วันที่.....