



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทัพประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทัพประกันภัย 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

ตัวอย่าง กรณี ค่ารักษาพยาบาล เจ็บป่วย ผู้ป่วยนอก

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ [x] ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม [x] ค่าชดเชยรายวัน [] อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่
วิธีการรับเงินสินไหม [] เช็ค [x] โอนเงิน ชื่อบัญชี..... นางสาว มั่น คง เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร..... กสิกรไทย สาขา..... เขินทริล พระราม 2

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย..... นางสาว มั่น 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 มั่นคง
การวินิจฉัยของแพทย์..... ป่วย เจ็บคอ การรักษาเป็นแบบ [x] ผู้ป่วยนอก [] ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่..... ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค..... ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่..... ไม่มี (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)..... ป่วย เจ็บคอ

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้..... 1 วัน

หนังสือให้ความยินยอม

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยหนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ..... มั่นคง..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม..... ลงชื่อ..... พยาน..... ลงชื่อ..... พยาน.....

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์..... ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน.....

วันที่.....



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทัพยาประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทัพยาประกันภัย 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

ตัวอย่าง กรณี ผู้เอาประกันเป็น บุตร ผู้เยาว์

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ [x] ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม [x] ค่าชดเชยรายวัน [] อื่นๆ [] เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....
บัญชีธนาคารของผู้ปกครอง..... บัญชีธนาคารของผู้ปกครอง
วิธีการรับเงินสินไหม [] เช็ค [x] โอนเงิน [x] ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุถูกฆาตกรรมหรือฆ่าตัวตาย หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล..... บัญชีธนาคารของผู้ปกครอง..... บัญชีธนาคารของผู้ปกครอง

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย
1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย..... ด.ช. นารัก..... 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 [x] ผู้ป่วยนอก [] ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่..... ถึง.....
3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้น่าจะมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค..... ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้น่าเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่..... ไม่มี (โปรดระบุ)..... 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)..... สลัดน้ำในห้องน้ำ แล้วเอามือยื่นพื้น ทำให้ข้อศอกหัก..... อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ..... ข้อศอก

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... กระดูกข้อศอกหัก..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....
3. มีการแจ้งความหรือไม่..... ไม่มี..... ถ้ามี (ระบุ) วันที่..... สถานที่แจ้งความ.....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย
1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค).....

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี.....

หนังสือให้ความยินยอม

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใด สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ลายเซ็นผู้ปกครอง..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม..... ลงชื่อ..... พยาน..... ลงชื่อ..... พยาน.....
(.....) (.....) (.....)

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์..... ลายเซ็นผู้ปกครอง..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์..... บิศา , มารดา.....
ลงชื่อ..... (.....)

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน

วันที่.....



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทัพยาประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทัพยาประกันภัย 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

ตัวอย่าง กรณี ค่ารักษาพยาบาล อุบัติเหตุ

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ [x] ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม [x] ค่าชดเชยรายวัน [] อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....

วิธีการรับเงินสินไหม [] เช็ค [x] โอนเงิน ชื่อบัญชี นาย หล่อ มาก เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เซ็นทรัล พระราม 9

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อ ก และ 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 [x] ผู้ป่วยนอก [] ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้น่าจะมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค..... ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้น่าเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่..... ไม่มี (โปรดระบุ).....

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

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

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

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) สลัดน้ำในห้องน้ำ แล้วเอามือยันพื้น ทำให้ข้อศอกหัก อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ข้อศอก

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล กระดูกข้อศอกหัก ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

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

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค).....

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี.....

หนังสือให้ความยินยอม

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใด สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ หล่อ มาก ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

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

วันที่.....



บริษัท ทัพยาประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทัพยาประกันชีวิต 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

ตัวอย่างกรณี เรียกร้อง ทำฟัน

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ค่าชดเชยรายวัน อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....
 วิธีการรับเงินสินไหม เช็ค โอนเงิน ชื่อบัญชี **นางสาว เปรี๊ยะ จิต** เลขที่บัญชี **1111111111** ธนาคาร **กสิกรไทย** สาขา **พิวเจอร์ พาร์ค รังสิต**

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย **นางสาว เปรี๊ยะ จิต** 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. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นั้นท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ **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 และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อธิบายหรือจะขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่น ๆ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ **เปรี๊ยะ จิต** ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน
 (**นางสาว เปรี๊ยะ จิต**) (.....) (.....)

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

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

วันที่ **1 ตุลาคม 2567**



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

ตัวอย่าง กรณี เบิกค่าตรวจสุขภาพ

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและค่ายกรรรม ค่าชดเชยรายวัน อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่
วิธีการรับเงินสินไหม เช็ค โอนเงิน ข้อบัญญัติ นางสาว ใจ รัก เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เซ็นทรัล พระราม 2

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุถูกรถมาตบข้อศอกและข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยถูกรถมาตบข้อศอกและ 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. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นั้นท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่มี (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 ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อ
ชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้า
ประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของ
ข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์
และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใด
สำหรับในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าฉันมีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ
ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

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

วันที่