



ทิพยประกันภัย

THAI PAYAKANY

ภาคภูมิใจคือหุ้นใหญ่

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

A01

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

- () ค่ารักษาพยาบาล () ค่ารักษาทันตกรรม () ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 () เสียชีวิต () เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน เพศ.....อายุ.....ปี.....อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาระบุสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....	
3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ 3.1 ชื่อโรงพยาบาล.....วันที่เข้ารักษา.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 3.2 อาการเจ็บป่วย..... 3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล.....แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การฉีดยา () การผ่าตัด (ระบุ).....() อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....	
4. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ 4.1 สถานที่เกิดเหตุ..... 4.2 วันที่เกิดเหตุ.....เวลาที่เกิดเหตุ..... 4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)..... 4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ..... 4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ.....เมื่อวันที่..... 4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา.....วันที่ทำการรักษา..... 4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....แผนกที่ทำการรักษา.....เลขที่ผู้ป่วยนอก..... 4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย..... 4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ)..... 4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....	
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์	
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษายาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำนักภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพัน์.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....





ทำที่ / Address _____

วันที่ / Date _____

เรื่อง / Subject ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา / To whom it may concern

เรียน / Dear ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล / Director of Hospital

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/My name is _____

ยินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล/คลินิก เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล โดยละเอียดเท่าที่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จำเป็นต้องทราบเพื่อประกอบการพิจารณารับประกัน หรือพิจารณาสิทธิใหม่ต่อไป / I, the under signed, hereby give my consent to the attending physician to give full medical report as required by Dhipaya Insurance Public Company Limited

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการ / Your kind and prompt attention to the matter would be appreciated.

ขอแสดงความนับถือ/ Yours Sincerely,

()

อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ
Remark: A photocopy of this statement shall be effective and valid as the original.

***กรุณาแนบพร้อมสำเนาบัตรประชาชน
(พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)**

***Please attached copy of identification card
with certified copy.**

เอกสารที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทน บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน 2 ฉบับ

2. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล

3. ใบรับรองแพทย์ระบุเหตุชัดเจน

4. สำเนาบัตรประชาชน

5. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

6. สำเนาบัตรประกันทิพยฯ