ทิพยประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

A(

ห่วงใยทุกชีวิตในสังค

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

( )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 (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน)

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 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....แผนกที่เข้ารับการรักษา.....

3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....

3.6 ได้รับการรักษาโดย ( ) การใช้ยา ( ) 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 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล.....

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 ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์

6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

.....

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

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD.
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120, Thailand.

Tel : +66 (0) 2239 2200 Call Center 1736
Fax : +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th