



ทิพยประกันภัย  
DHIPAYA INSURANCE  
ภาคธุรกิจหุ้นใหญ่

## บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

A01

ჩილეგრძის სისტემა

- ( ) ค่ารักษาพยาบาล ( ) ค่าวรักษาทันตกรรม ( ) ค่าซ่อมแซมเจ้าของรถค่าด่วนในโรงพยาบาล  
( ) เสื้อชีวิต ( ) เสื้อป้องกันโรคร้ายแรง ( ) ทุพพลภาพถาวรสืบเริ่ง ( ) สูญเสียชีวิต ( ) ทุพพลภาพสืบเชิงชั่วคราว ( ) ที่น่า.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิ์กรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เข้าประกันกับ/ผู้ทำการแทน	เพศ	อายุ	ปี	อาชีพ
สถานที่ติดต่อเมืองบ้าน.....	โทรศัพท์.....			
เรียกว่าองค์กรนี้ได้กรรมธรรมน์ประกันภัยเลขที่.....				
2. กรณีได้รับความพยายาม / คำขอเชิญรายได้ด้วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดฐานการแพทย์หรือเอกสารการเรียกว่องสินไหมทดแทน)				
โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....	สาขา.....			
ชื่อบัญชี.....	เลขที่บัญชี.....			
3. กรณีเข้มป่วย กรุณาตอบคำถามดังไปนี้ ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ICU ( ) อื่นๆ				
3.1 ชื่อโรงพยาบาล.....	วันที่เข้ารักษา.....	วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....		
3.2 อาการเจ็บป่วย.....				
3.3 อาการเจ็บป่วยเป็นนานาน่าเท่าไถ่ ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....				
3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาและรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....	แผนกที่เข้ารับการรักษา.....			
3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....				
3.6 ได้รับการรักษาโดย ( ) การใช้ยา ( ) การผ่าตัด (ระบุ).....	( ) อื่นๆ (ระบุ).....			
3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....				
4. กรณีที่การรักษามีภาระดูแลอยู่บ้าน/ห้องพักพยาบาลควรสืบเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/หูพิการทางล้านเชิงชั้นควรทราบหากการเจ็บ กรุณาตอบคำถามดังไปนี้				
4.1 สถานที่เกิดเหตุ.....				
4.2 วันที่เกิดเหตุ.....	เวลาที่เกิดเหตุ.....			
4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....				
4.4 อาการที่นาดเด็บและลักษณะบาดแผล.....				
4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี สถานีตำรวจนาย.....	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. กรณีที่เป็นศรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีกรรมภาระหรือไม่.....	อายุครัวก.....			
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์				

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สภาบ้าน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราว การเงินป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งหมดแก่ บริษัท พิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของ หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ก็อปปี้ไว้ในบันทึก ได้และสมบูรณ์เท่าที่แนบบัน

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)  
วันที่ ..... / ..... / .....

ลงชื่อ.....ผู้อาประกันภัย

(.....)  
วันที่ ...../...../.....

ความสัมพันธ์.....  
น้ำทางการณ์ที่สำคัญประกันกันไม่อยู่ในงานนี้ที่จะเรียกว่าองค์ได้

ติดต่อ ศูนย์เชี่ยวชาญการต์ สกาเพชร เจ้าหน้าที่บริหารงานหัวเว่ย สำนักงานบริหารหัวพยากรบุคคล สถาบันเทคโนโลยี  
พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง 02 329 8000 ต่อ 3273

1115 សាសនា ៣ មានធម៌  
ខេត្តព្រះរាជក្រឹតា លេខភ្លោះ 10120

DHEERA INSURANCE PLAZA CO., LTD.  
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,  
Yannawa, Bangkok 10120, Thailand.

Tel : +66 (0) 2239 2200 Call Center 173  
Fax : +66 (0) 2239 2049  
[www.dhipaya.co.th](http://www.dhipaya.co.th)

