



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทรัพย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทรัพย์ประกันภัย 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.dhaya.life.co.th



รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ตัวอย่าง กรณี ค่ารักษาพยาบาล เจ็บป่วย ผู้ป่วยนอก

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☒ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☒ โอนเงิน ชื่อบัญชี.....นางสาว มั่น คง.....เลขที่บัญชี.....1111234567.....ธนาคาร.....กสิกรไทย.....สาขา.....เซ็นทรัล พระราม 2

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

ก) กรณีก่อให้เกิดการบาดเจ็บในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

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 ☒ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค.....ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่.....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 ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....1 วัน

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมามีหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต 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 ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ๆ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิได้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....มณคง.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม.....ลงชื่อ.....พยาน.....ลงชื่อ.....พยาน.....

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

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

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

วันที่.....



ตัวอย่าง กรณี เบิกค่าตรวจสุขภาพ

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

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

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

ก) กรณีก่อให้เกิดการบาดเจ็บในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

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. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นั้นท่านเคยได้รับการรักษาจากที่ไหนมาก่อนหรือไม่ **ไม่มี** ถ้ามี (โปรดระบุ)

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

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) อยุ่ที่ได้รับบาดเจ็บ.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ถ้ามี (ระบุ) วันที่ สถานที่แจ้งความ

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค)

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต 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 ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่นนี้ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

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

วันที่



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพย์ประกันภัย 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

ตัวอย่าง กรณี เจ็บป่วย ผู้ป่วยใน



รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☒ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่
วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☒ โอนเงิน ชื่อบัญชี.....นางสาว เปรี๊ยะ จิต.....เลขที่บัญชี 1111234567.....ธนาคาร.....กสิกรไทย.....สาขา.....เซ็นทรัล พระราม 2

กรณีที่เกิดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยจากโรคตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรณีก่อให้เกิดการบาดเจ็บในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....นางสาว เปรี๊ยะ จิต.....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.....ต่อมทอนซิลอักเสบ.....การรักษาเป็นแบบ ☐ ผู้ป่วยนอก ☒ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....3 ตุลาคม 2567.....ถึง.....5 ตุลาคม 2567

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค.....ไม่มี.....

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่.....ไม่มี.....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).....ต่อมทอนซิลอักเสบ.....

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้.....1 วัน.....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อธิบายหรือครั้งที่ผ่านมามีหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต 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 ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

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

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

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

วันที่.....



ตัวอย่าง กรณี เบิกค่าชดเชย ผู้ป่วยใน (ได้เท่ากับค่าห้องต่อวัน)
(กรณีไม่ได้ใช้สิทธิจากประกันกลุ่มของ ธรรมศาสตร์)

รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☐ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและค่ายกรรรม ☒ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☒ โอนเงิน ชื่อบัญชี **นางสาว สวยา แซบ** เลขที่บัญชี **1111234567** ธนาคาร **กสิกรไทย** สาขา **เซ็นทรัล พระราม 2**

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยจากโรคติดต่อ ข้อ ค

ก) กรณีก่อให้เกิดการบาดเจ็บในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย **นางสาว สวยา แซบ** 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 **ต่อมทอนซิลอักเสบ** การรักษาเป็นแบบ ☐ ผู้ป่วยนอก ☒ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ **3 ตุลาคม 2567** ถึง **5 ตุลาคม 2567**

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค **ไม่มี**

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ **ไม่มี** ถ้ามี (โปรดระบุ)

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

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) ภาวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ถ้ามี (ระบุ) วันที่ สถานที่แจ้งความ

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) **ต่อมทอนซิลอักเสบ**

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้ **1 วัน**

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต 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 บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่นนี้ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิได้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ **สวยา แซบ** ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

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

วันที่



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทรัพย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทรัพย์ประกันภัย 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 ☒ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและค่ายกรรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่
วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☒ โอนเงิน ชื่อบัญชี **นาย หล่อ มาก** เลขที่บัญชี **1111234567** ธนาคาร **กสิกรไทย** สาขา **เซ็นทรัล พระราม 9**

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุถูกรถตบช็อกและข้อ ข/กรณีเจ็บป่วยถูกรถตบช็อกและ ข้อ ค

ก) กรณขอข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

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 ☒ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) **ไม่**

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นั้นท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ **ไม่** 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) **ลื่นล้มในห้องน้ำ แล้วเอาหมอนพื้น ทำให้ข้อศอกหัก** ภาวะที่ได้รับบาดเจ็บ **ข้อศอก**

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล **กระดูกข้อศอกหัก** ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

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

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค)

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต 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 ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอันนี้ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามัลผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ **หล่อ มาก** ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน
(.....) (.....) (.....)

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน

(.....)

วันที่



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทรัพย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทรัพย์ประกันภัย 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

ตัวอย่างกรณี เรียกร้อง ทำฟัน

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☒ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและค่ายกรรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....
วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☒ โอนเงิน ชื่อบัญชี.....นางสาว เปริยาว จิต.....เลขที่บัญชี.....1111111111.....ธนาคาร.....กสิกรไทย.....สาขา.....ฟิวเจอร์ พาร์ค รังสิต

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรณีก่อให้เกิดการบาดเจ็บในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....นางสาว เปริยาว 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. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่.....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 ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้.....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อธิบายหรือครั้งที่ผ่านมามีหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต 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 ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่นนี้ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิได้ผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....เปริยาว จิต.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม.....ลงชื่อ.....พยาน.....ลงชื่อ.....พยาน.....
(.....)
(.....)

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

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

วันที่.....1 ตุลาคม 2567.....



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 ☒ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและค่ายศัลยกรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☒ โอนเงิน ชื่อบัญชี..... บัญชีธนาคารของผู้ปกครอง..... บัญชีธนาคารของผู้ปกครอง.....

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุถูกรถมาตบท้ายและข้อ ข./กรณีเจ็บป่วยถูกรถมาตบท้ายและ ข้อ ค.....

ก) กรณีก่อให้เกิดความเสียหายในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย.....

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย..... อายุ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....

..... โทรศัพท์มือถือ..... เบอร์ผู้ปกครอง..... อีเมล..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา..... โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์..... วันที่รับการรักษา..... 4 ตุลาคม 2567..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา..... นายแพทย์ ธง ชัย.....

การวินิจฉัยของแพทย์..... กระดูกข้อศอกหัก..... การรักษาเป็นแบบ ☒ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่..... ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค..... ไม่มี.....

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้นั้นท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่..... ไม่มี..... 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)..... สิ้นลมในห้องน้ำ แล้วเอามียวนพิน ทำให้ข้อศอกหัก..... อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ..... ข้อศอก.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... กระดูกข้อศอกหัก..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

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

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย.....

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค).....

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นี้.....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต 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 ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ๆ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิได้ผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ลายเซ็นผู้ปกครอง..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม..... ลงชื่อ..... พยาน..... ลงชื่อ..... พยาน.....

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์.....ลายเซ็นผู้ปกครอง..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์..... บิดา , มารดา.....

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

วันที่.....