



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ธิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ธิพยประกันภัย 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

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

☐ ค่าทดแทนอุบัติเหตุ ☐ ค่ารักษาในโรงพยาบาลและค่ายกรรรม ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่

วิธีการรับเงินสินไหม ☐ เช็ค ☐ โอนเงิน ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรณีก่อให้เกิดความเสียหายในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัยอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชนที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา..... วันที่รับการรักษา.....ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

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

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค.....

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่ไหนมาก่อนหรือไม่..... ถ้ามี (โปรดระบุ)

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัทเลขที่กรมธรรม์.....

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 ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ 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 ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ๆ สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

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

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

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

วันที่



ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
บัตรประจำตัวประชาชน.....เบอร์ติดต่อ.....ในฐานะ.....
กรรมสิทธิ์เลขที่.....ตกลงยินยอมให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” และ/หรือผู้แทน
ของบริษัท ทำการเก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง และทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลอ่อนไหว (เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ข้อมูลสุขภาพ
ประวัติการรักษา ความพิการ เป็นต้น) ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เอาประกัน ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผ่านมาหรือจะมี
ขึ้นในอนาคต ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท
บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ ใช้
ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้แพทย์ หรือสถานพยาบาล หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลอ่อนไหว
ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาของข้าพเจ้าหรือผู้เอาประกัน ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต
สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ตามความเป็นจริงทั้งหมด รวมทั้งยินยอมให้บริษัท บุคคลและหน่วยงานอื่นๆ ที่กล่าวถึง มีอำนาจใน
การคัด ถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองจากข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์
ประกันภัย

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจและยินยอมฉบับนี้ ให้ถือเสมือนข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาหนังสือมอบอำนาจและยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามเว็บไซต์ของบริษัท รวมถึงได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็น
อย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการในการให้ความยินยอมและมอบอำนาจแก่
ผู้รับมอบอำนาจของบริษัท จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม/ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ในฐานะ ☐ ผู้เอาประกัน ☐ ผู้พิทักษ์ /ผู้อนุบาล /ผู้จัดการมรดก
☐ ผู้รับประโยชน์ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม /ทายาทโดยธรรม

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอข้อมูล/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

หมายเหตุ :

1. กรณีลงนามด้วยลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน
2. กรณีผู้เยาว์ ให้ลงนามโดยผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์
3. รายละเอียดนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลฉบับเต็มของ บมจ.ทิพยประกันชีวิต <https://www.dhipayalife.co.th/about-policy> หรือสแกน QR Code

