



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองบริหารงานบุคคล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี โทร. 02549 4914 - 20

ที่ อว 0649.19/736

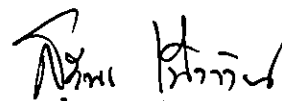
วันที่ 16 มีนาคม 2565

เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงบริษัทที่ดูแลประกันอุบัติเหตุ ประจำปี 2564

เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ตามที่มหาวิทยาลัยฯ ได้ทำประกันอุบัติเหตุให้กับบุคลากร โดยให้ บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เป็นผู้เข้ามาดำเนินการ ซึ่งมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2564 ถึง วันที่ 1 สิงหาคม 2565 นั้น เนื่องจากบริษัทดังกล่าวได้ปิดกิจการลง จึงได้แจ้งโอนย้ายกรมธรรม์ไปให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เข้ามาดูแลกรมธรรม์ดังกล่าวแทน ตั้งแต่วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 1 สิงหาคม 2565 รายละเอียดการแจ้งอุบัติเหตุและเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานทราบต่อไป


(นางสุรีพร เป็งเงิน)

ผู้อำนวยการกองบริหารงานบุคคล

การแจ้งอุบัติเหตุและเรียกร้องสินไหม ค่ารักษาพยาบาลสุขภาพและอุบัติเหตุ 24 ชั่วโมง
Hotline 02 660 1221



ทิพย์ประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
ภาคีรับประกันภัยชั้นนำ

ขั้นตอนการใช้สิทธิในโรงพยาบาล

1. ผู้เอาประกันภัยแสดงบัตรประกันภัย ก่อนรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลในเครือข่ายทุกครั้ง กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีบริบูรณ์ ให้แสดงบัตรที่ทางราชการออกให้ของผู้ปกครอง หรือสูติบัตร
2. กรณีผู้เอาประกันภัยไม่มีบัตรประกันภัย ลืมนำบัตรประกันภัยมา หรือบัตรประกันภัยสูญหาย แต่มีข้อมูลความคุ้มครองในระบบ บริษัทฯ สามารถยืนยันสิทธิความคุ้มครองได้ จาก ชื่อ-นามสกุล และ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย หากไม่พบข้อมูล โรงพยาบาลสามารถติดต่อ Hotline 02-660-1221 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
3. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) ที่ไม่ใช่ช้อยกเว้น สถานพยาบาลจะให้สิทธิแก่ท่านทันที กรณีผู้ป่วยใน (IPD) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะประสานงานมายังบริษัทฯ เพื่อให้บริการผู้เอาประกันภัยทุกวัน ผ่านเครดิตโรงพยาบาล/การใช้สิทธิผ่าน Fax Claim
4. ภายหลังการรักษาพยาบาลเสร็จสิ้น ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หากค่ารักษาพยาบาลไม่เกินวงเงินความคุ้มครอง แต่หากมีส่วนเกินสิทธิความคุ้มครอง หรือที่เป็นช้อยกเว้นความคุ้มครอง สถานพยาบาลจะแจ้งให้ผู้เอาประกันภัยทราบ เพื่อจ่ายส่วนเกินสิทธินั้นทันที

กรณีใช้บัตรประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลในสัญญา

1. แสดงบัตรประกันสุขภาพคู่กับบัตรประชาชน หรือใบขับขี่ หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ แก่เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล ในโครงการทุกครั้งที่ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาล
2. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) ที่ไม่ใช่ช้อยกเว้น สถานพยาบาลจะให้สิทธิแก่ท่านทันที
3. กรณีผู้ป่วยใน (IPD) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะประสานงานมายังบริษัทฯ เพื่อให้บริการผู้เอาประกันภัยตลอด 24 ชั่วโมง

กรณีสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล

กรณีทำประกันภัยส่วนตัว (Individual Insurance)

1. ผู้เอาประกันภัย สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับบริษัทฯ จากการแสดงบัตรประกันภัย โดยค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นสิทธิ โรงพยาบาลจะเรียกเก็บจากผู้เอาประกันภัยทันที
2. หากผู้เอาประกันภัย สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้ว เนื่องจากเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลนอกสัญญาให้นำหลักฐาน และประวัติการรักษาการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้นๆ ส่งให้บริษัทฯ เพื่อแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ได้ 2 แบบ ดังนี้
 - 2.1 นำเอกสารมาขึ้นด้วยตนเองที่บริษัทฯ
 - 2.2 นำส่งเอกสารผ่านทางไปรษณีย์มายังบริษัทฯ ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
3. เมื่อบริษัทฯ พิจารณาค่าสินไหมทดแทนแล้ว จะนำส่งเช็คค่าสินไหม หรือ โอนเงินเข้าบัญชีผู้เอาประกันภัย

กรณีทำประกันภัยผ่านหน่วยงาน (Group Insurance)

1. ผู้เอาประกันภัย สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับบริษัทฯ จากการแสดงบัตรประกันภัย โดยค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นสิทธิ โรงพยาบาลจะเรียกเก็บจากผู้เอาประกันภัยทันที
2. หากผู้เอาประกันภัย สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วให้นำหลักฐาน ไปยื่นที่หน่วยงานต้นสังกัด เพื่อแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทฯ
3. เมื่อบริษัทฯ พิจารณาค่าสินไหมทดแทนแล้ว จะนำส่งเช็คค่าสินไหมผ่านหน่วยงานต้นสังกัด หรือ โอนเงินเข้าบัญชีผู้เอาประกันภัย



ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุค่ารักษาพยาบาล

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
(กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวมต้องมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้าจบประกอบด้วย)
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุชื่อ โรค การเกิดเหตุ อาการและบริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน รวมทั้งระยะเวลารักษา
3. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01) 

กรณีเอกสารไม่สมบูรณ์หรือไม่เพียงพอ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์พิจารณาการจ่ายสินไหมทดแทนและมีสิทธิร้องขอให้
นำส่งเอกสารเพิ่มเติม เพื่อการพิจารณาค่าสินไหมต่อไป

ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 7-10 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือ
ภาษาไทยเท่านั้น



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคีร่วมผู้ถือหุ้นใหญ่

พวงใหญ่กว่า ๖๐ ปี

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

กรณีการเสียชีวิตเนื่องจากเจ็บป่วย เตรียมเอกสารดังนี้

1. สำเนาใบมรณบัตร
2. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังทั้งหมด
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย “ตาย”
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน (กรณีผู้รับประโยชน์บรรลุนิติภาวะ)
6. สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ / พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
7. สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นชาวต่างประเทศ)
8. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและศพพลภาพ (A02) 
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์
10. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01) 
11. คำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก หรือหนังสือลำดับทายาทโดยธรรม (กรณีมิได้ระบุผู้รับประโยชน์ในกรมธรรม์หรือระบุผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)

หมายเหตุ:

1. เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ จะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง โดยเจ้าของเอกสารหรือทายาทโดยธรรม หรือผู้มีสิทธิตามกฎหมาย
2. ในกรณีชื่อหรือนามสกุล ไม่ตรงกับข้อมูลของบริษัทฯ จะต้องมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อหรือนามสกุล หรือทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์
3. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ บริษัทฯ จะจ่ายให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้เป็น ผู้ปกครองเป็นผู้รับเงินแทนผู้เยาว์
4. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนเดียวและผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายให้ผู้ซึ่งศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้จัดการมรดกของผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับเงิน
5. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์หลายคนและผู้รับประโยชน์บางคนเสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย โดยผู้เอาประกันภัยมิได้แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์มายังบริษัทฯ สินไหมทดแทนจ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ที่เหลือคนละส่วนเท่าๆกัน
6. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 15 วันหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

เอกสารใด ๆ ตามรายการข้างต้นนี้ถ้าท่านไม่สามารถจัดส่งให้บริษัทฯ ได้ จะต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อบริษัทฯ จะได้พิจารณาตามความเหมาะสมต่อไป

หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น





ทิพย์ประกันภัย

ADHIPAYA INSURANCE

ภาคธุรกิจและผู้ถือหุ้นใหญ่

กองอกกวดขันเสกษณ

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

กรณีการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

เตรียมเอกสาร ดังนี้

1. สำเนาใบมรณบัตร
2. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังทั้งหมด
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย “ตาย”
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน (กรณีผู้รับประโยชน์บรรลุนิติภาวะ)
6. สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ / พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
7. สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นชาวต่างประเทศ)
8. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและศพพลภาพ (A02) 
9. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
10. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ ที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (ด้านหน้าและหลัง)
11. คำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก หรือหนังสือลำดับทายาทโดยธรรม (กรณีมิได้ระบุผู้รับประโยชน์ในกรมธรรม์หรือระบุผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)
12. อื่น ๆ (ถ้ามี)
 - สำเนารายงานการตรวจศพจากสถาบันนิติเวชวิทยา/สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ (กรณีมีการตรวจพิสูจน์ศพ)
 - สรุปสำนวนการสอบสวนคดี
 - รายงานข่าวการเสียชีวิตจากหนังสือพิมพ์
 - หนังสือรับรองคณะกรรมการสามฝ่าย (ฝ่ายปกครอง, ฝ่ายทหาร, ฝ่ายตำรวจ) กรณีภัยก่อการร้าย
13. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์
14. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01) 

หมายเหตุ:

1. เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ จะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง โดยเจ้าของเอกสารหรือทายาทโดยธรรม หรือผู้มีสิทธิตามกฎหมาย
2. ในกรณีชื่อหรือนามสกุล ไม่ตรงกับข้อมูลของบริษัทฯ จะต้องมึหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อหรือนามสกุล หรือทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์
3. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ บริษัทฯ จะจ่ายให้บิดามารดาหรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้เป็น ผู้ปกครองเป็นผู้รับเงินแทนผู้เยาว์
4. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนเดียวและผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายให้ผู้ที่เป็นผู้จัดการมรดกของผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับเงิน





ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคใต้เป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

เครือข่าย ทั่วประเทศ

5. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์หลายคนและผู้รับประโยชน์บางคนเสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย โดยผู้เอาประกันภัยมิได้แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์มายังบริษัทฯ สินไหมทดแทนจ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ที่เหลือคนละส่วนเท่าๆกัน
6. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 15 วันหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

เอกสารใด ๆ ตามรายการข้างต้นนี้ถ้าท่านไม่สามารถจัดส่งให้บริษัทฯ ได้ จะต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อบริษัทฯ จะได้พิจารณาตามความเหมาะสมต่อไป

###หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น





ทิพยประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
กรมธรรม์ประกันภัย

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

A01

กรมธรรม์ประกันภัย

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

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

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำกรมธรรม์.....เพศ.....อายุ.....ปี.....อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาระบุสำเนาหน้าสมุดธนาคารพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) 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.....แผนกที่เข้ารับการรักษ..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การใช้ยา () การผ่าตัด (ระบุ).....() อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....	
4. กรณีที่มีการรักษาไม่หายจากอุบัติเหตุ/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 ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์	
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษายาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผมใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำกรมธรรม์

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสันทันท์.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)





ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย)

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ

2. กรณีการเจ็บป่วย

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย
- ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้นานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาท่าน

3. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓)

- ☐ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
- ☐ สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ
- ☐ สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป)

- ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
- ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย

(ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

- ☐ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ หรือผู้ป่วยมีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า 1 ข้อก็ได้ ดังระบุต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓)

○ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

หมายความว่า ความพิการทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเป็นผลมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดพยาธิสภาพทางระบบประสาทเป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมง รวมถึงหลอดเลือดสมองแขนงใหญ่แตก (Major Complex Stroke) การอุดตันแบบสมบูรณ์ของหลอดเลือดในสมองและภาวะเนื้อสมองตาย

○ ภาวะโคม่า (Coma)

หมายความว่า การสลบหรือหมดความรู้สึก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- 1) ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นใดๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- 2) ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพ โดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆ ในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง
- 3) สมองถูกทำลาย ทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใดๆ ได้อย่างถาวร
- 4) ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร ภายใน 30 วันนับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกเป็นวันแรก

○ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

หมายความว่า การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้ตามปกติ และสูญเสียการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายได้อย่างถาวร หรือต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพ โดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆ ในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง

○ ภาวะระบบสมองตายและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)

หมายความว่า การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ในสมองล้มเหลว ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหว ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ตลอดไป

○ อื่นๆ โปรดระบุ

4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือ HIV หรือไม่

() ไม่ได้ตรวจ () ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจเลือดนั้น

ลงชื่อแพทย์

()

หมายเลขใบอนุญาต วุฒิบัตร/ผู้เชี่ยวชาญสาขา

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น