

## ประกันภัยไข้เลือดออก คุ้มครองจบทุกการจ่าย

อายุรับประกันตั้งแต่ 1- 99 ปี  
รับค่าชดเชยรายวันสูงสุด 2,000 บาท/วัน (กรณีผู้ป่วยใน)



จ่าย 430 บาท  
ได้ค่ารักษาพยาบาล  
75,000 บาท

**ประกันภัยไข้เลือดออก**

**เปิดจำหน่ายตั้งแต่วันที่ 4 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป**

## ที่มาของประกัน ไข้เลือดออก





โรคไข้เลือดออกเป็นหนึ่งในโรคยอดฮิตที่เกิดขึ้นกับเด็กและผู้สูงอายุ

ทิพยประกันภัย จึงได้ออกแบบผลิตภัณฑ์ที่ให้ความคุ้มครองที่ครอบคลุม

## จุดเด่นผลิตภัณฑ์

1. รับประกัน อายุ 1 - 99 ปี
2. เงินชดเชยรายวัน สูงสุด 2,000 บาท/วัน
3. ค่าเบี้ยราคาถูกลง เริ่มต้นเพียง 160 บาท

## กลุ่มลูกค้าเป้าหมาย

-  เด็กอายุ 1 - 12 ปี
-  ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

## ทำไมต้องซื้อประกันภัยไข้เลือดออก



**1** **คุ้มครองค่าชดเชยรายวัน**  
 สูงสุด 2,000 บาท/วัน (สูงสุด 30 วัน/ครั้ง)



**2** **คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล**  
 สูงสุด 75,000 บาท/ครั้ง

## ตารางข้อมูลแผนประกันและค่าเบี้ย

ความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2	แผน 3
การรักษาพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อครั้ง (บาท)	25,000	50,000	75,000
เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล จากโรคไข้เลือดออก ต่อวัน (บาท) สูงสุด 30วัน/ ครั้ง	1,200	1,500	2,000
<b>เบี้ยประกันภัย (บาท)</b>	<b>160.-</b>	<b>280.-</b>	<b>430.-</b>

# เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยอายุระหว่าง 1 – 99 ปี (ปี พ.ศ.ปัจจุบัน ลบ ปี พ.ศ.เกิด) และต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ ไม่เป็นโรคเรื้อรัง และผ่านการพิจารณารับประกันภัย
2. โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) หมายถึง โรคติดต่อซึ่งมีผลต่อระบบเลือด เกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue Virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ผู้ป่วยมักจะมีอาการไข้ขึ้นสูงโดยไม่ทราบสาเหตุชัดเจน มีผื่นหรือจุดแดงของเลือดออกตามผิวหนัง เกิดเลือดและ เม็ดเลือดขาวต่ำอาจมีอาการถึงช็อค เนื่องจากภาวะเลือดออกอวัยวะภายในร่างกาย ทั้งนี้ ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างชัดเจนและมีผลตรวจเลือด และ/หรือผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน
3. ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 15 วัน (Waiting Period) หลังจากที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรก
4. ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัย ก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ และยังมีได้รักษาให้หายขาด
5. การเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในสองครั้งหรือมากกว่านั้น ด้วยสาเหตุโรคไข้เลือดออก จะมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้
  - หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกไม่เกิน 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้ใช้วงเงินผลประโยชน์ที่เหลืออยู่
  - หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกเกินกว่า 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้นับเป็นวงเงินผลประโยชน์ใหม่
6. ชื้อได้ 1 คน ต่อ 1 กรมธรรม์เท่านั้น
7. ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทิพย แบบพิเศษ

## เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์

ความคุ้มครอง	Dhipaya			ประกัน A		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3
การรักษาพยาบาลจากโรค ใช้เลือดออก	25,000	50,000	75,000	50,000	50,000	50,000
เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษา ตัวเป็นผู้ป่วยใน	1,200	1,500	2,000	ไม่คุ้มครอง	500	500
อายุรับประกันภัย	1-99 ปี			5-70 ปี		
ค่าเบี้ย/บาท	160	280	430	299	599	699

# ขั้นตอนการซื้อประกัน สำหรับลูกค้า



## ช่องทางในการสมัคร

1

เข้า Website ของธนาคาร



เว็บไซต์ [www.lhbank.co.th](http://www.lhbank.co.th)

2

เข้าผ่าน QR Code



3

เข้า Link

<https://www.lhbank.co.th/Person/Lists/ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย-ประกันภัยออนไลน์>  
ตามไลฟ์สไตล์ -LH\_Bank\_ประกันภัยใช้เลือดออก/3/94



## การเข้าสู่ประกันภัยไข้เลือดออก

1.เข้า [www.lhbabk.co.th](http://www.lhbabk.co.th)

2.เลือกหัวข้อ ลูกค้าบุคคล / ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย / ประกันภัยออนไลน์ตามไลฟ์สไตล์ / LH Bank ประกันภัยไข้เลือดออก

3.แสดงประกันภัยไข้เลือดออก

ลูกค้าบุคคล > ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย > ประกันภัยออนไลน์ตามไลฟ์สไตล์ > LH Bank ประกันภัยไข้เลือดออก

### LH Bank ประกันภัยไข้เลือดออก



LH BANK

**ประกันภัยไข้เลือดออก**  
คุ้มครองจบทุกการจ่าย

อายุรับประกันตั้งแต่ 1- 99 ปี  
รับค่าชดเชยรายวันสูงสุด 2,000 บาท/วัน (กรณีผู้ป่วยใน)

จ่าย 430 บาท  
ได้ค่ารักษาพยาบาล  
75,000 บาท

The advertisement features a central image of a young child with a mosquito bite, surrounded by several mosquitoes. The text is presented in a clean, modern font with a color palette of blues, oranges, and greens. A yellow circular callout highlights the premium and coverage amount.



LH BANK

## ประกันภัยไข้เลือดออก

### คุ้มครองงบบทุกการจ่าย

อายุรับประกันตั้งแต่ 1 - 99 ปี  
รับค่าชดเชยรายวันสูงสุด 2,000 บาท/วัน (กรณีผู้ป่วยใน)



จ่าย 430 บาท  
ได้ค่ารักษาพยาบาล  
75,000 บาท

สนใจคลิก

คลิกเพื่อซื้อประกัน

ทำใบต้องซื้อประกันภัยไข้เลือดออก



1 คุ้มครองค่าชดเชยรายวัน  
สูงสุด 2,000 บาท/วัน (สูงสุด 30 วัน/ครั้ง)



2 คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล  
สูงสุด 75,000 บาท/ครั้ง

ตารางข้อมูลแผนประกันและค่าเบี้ย

ความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2	แผน 3
การรักษาพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อครั้ง (บาท)	25,000	50,000	75,000
เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อวัน (บาท) สูงสุด 30 วัน/ ครั้ง	1,200	1,500	2,000
เบี้ยประกันภัย (บาท)	160.-	280.-	430.-



1 รายละเอียดแผนเบื้องต้น

2 แผนประกัน

3 รายละเอียดส่วนบุคคล

4 สรุปความคุ้มครองและชำระเงิน

แผน 1 สำหรับลูกค้า LH Bank

**160 บาท**

การรักษาพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อครั้ง (บาท) 25,000

เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อวัน (บาท) สูงสุด 30 วัน / ครั้ง 1,200

ข้อมูลเพิ่มเติม

**เลือกแบบนี้**

แผน 2 สำหรับลูกค้า LH Bank

**280 บาท**

การรักษาพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อครั้ง (บาท) 50,000

เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อวัน (บาท) สูงสุด 30 วัน / ครั้ง 1,500

ข้อมูลเพิ่มเติม

**เลือกแบบนี้**

แผน 3 สำหรับลูกค้า LH Bank

**430 บาท**

การรักษาพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อครั้ง (บาท) 75,000

เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจากโรคไข้เลือดออก ต่อวัน (บาท) สูงสุด 30 วัน / ครั้ง 2,000

ข้อมูลเพิ่มเติม

**เลือกแบบนี้**

คลิก เลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ



รายละเอียดเบื้องต้น  
 แนบประกัน  
 รายละเอียดส่วนบุคคล  
 สรุปความคุ้มครองและชำระเงิน

ผู้เอาประกันภัย

**ข้อมูลส่วนตัว**

อีเมล  ยืนยันอีเมล   
 เบอร์โทร   
 เลขบัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง  
 รนเลขบัตรประชาชน   
 ชื่อจริง  นามสกุล   
 วัน / เดือน / ปีเกิด

**ที่อยู่**

บ้านเลขที่	หมู่	ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน	ซอย	ถนน
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
จังหวัด <input type="text"/>	อำเภอ/เขต <input type="text"/>	ตำบล/แขวง <input type="text"/>	รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/>	

**ผู้รับผลประโยชน์**

ทายาทตามกฎหมาย  อื่นๆ (โปรดระบุ)  
 ความสัมพันธ์   
 ชื่อจริง  นามสกุล   
 วันที่คุ้มครอง  ถึง

**กรอกรายละเอียดผู้เอาประกันภัยให้ถูกต้อง ครบถ้วน**

**เลือกวันที่เริ่มคุ้มครอง**

**หมายเหตุ**

\* กรณีเลือกความคุ้มครองเป็นวันปัจจุบัน จะชำระได้ 3 ช่องทางคือ

• เครดิตการ์ด / เดบิต

• Scan to Pay

• ShopeePay

\*\* กรณีเลือกความคุ้มครองเป็นวันถัดไป จะสามารถชำระผ่านช่องทางเคาน์เตอร์ได้

**ระบบ Default วันคุ้มครองเป็นวันพรุ่งนี้เสมอ**



รายละเอียดเพิ่มเติม

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ไม่มีความประสงค์ ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

**ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จ / กรมสรรพ**

ตามที่อยู่ด้านบน  
 ที่อยู่อื่น

**วิธีการรับกรมสรรพ**

รับกรมสรรพเฉพาะทางอีเมล  
 รับกรมสรรพทางอีเมลและไปรษณีย์ (ไปรษณีย์จะถูกจัดส่งภายใน 7-14 วันทำการ)

**นโยบายการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อบริษัท**


ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยและตัวแทนของผู้ขอเอาประกันภัยรายอื่น ("ผู้เอาประกันภัย") ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้อิข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัย ผ่านช่องทางต่างๆที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิ

ยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไข

**คลิกยอมรับเงื่อนไขและข้อตกลง และกดต่อไป**

ต่อไป

## ตรวจสอบสรุปข้อมูลการทำประกันภัย ก่อนดำเนินการชำระเงิน



เงื่อนไขการรับประกันภัย :

- ผู้เอาประกันภัยอายุระหว่าง 1 - 99 ปี (นับ.ศ.ถึงวัน ลม ถึงวัน.ศ.ถัด) และต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีการ ใช้นิยโรค หรือมีภาวะการติดเชื้อรุนแรง
- โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue Virus) โดยนิยามตามนิยามของ WHO โดยมีภาวะอาการไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส มีผื่นหรือจุดแดงของเลือดออกตามตัวตาม สดสีเลือดและ มีเลือดเยาะต่างๆอาการที่แสดง เนื่องจากภาวะเลือดออกตามร่างกายในร่างกาย ทั้งนี้ ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แน่นอน
- ไม่มีโครงการเว้นช่วงด้วยโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) (รวมภาวะแทรกซ้อน) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 180 วัน (Waiting Period) หลังจากทำกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เป็นครั้งแรก
- ไม่มีโครงการเว้นช่วงด้วยโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) (รวมภาวะแทรกซ้อน) ที่เกิดขึ้นในผู้เอาประกันภัย ก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เป็นฉบับแรก และจะมีสิทธิทำหากขาด
- การดำเนินการรักษาในฐานผู้ป่วยในตมของศรีนครินทรวิโรฒ ด้วยสาเหตุโรคไข้เลือดออก จะมีผลย้อนหลังดังนี้  
- หากดำเนินการรักษาในตมที่ส่งยื่นหลังจากวันที่ 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้ 120 วันนับตั้งแต่วันที่ที่ส่งยื่น  
- หากดำเนินการรักษาในตมที่ส่งยื่นหลังจากวันที่ 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้ 120 วันนับตั้งแต่วันที่ส่งยื่น
- จึงได้ 1 ลม ต่อ 1 กรมธรรม์เท่านั้น
- ผลประโยชน์และ ความคุ้มครองเงินต้นอาจแตกต่างกันตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยในโครงการรับประกันด้วยโรคไข้เลือดออก ตามเงื่อนไข
- ผู้เอาประกันภัยมีแนวโน้มไข้สูง 3 ครั้งขึ้นไป และมีอาการอื่นที่แสดงถึงความเสี่ยงของผู้เอาประกันภัยหรือสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เมื่อประเมินในโครงการกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- ถ้าขาดความระมัดระวังในการใช้ชีวิตประจำวัน ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ กำหนดสำหรับประกันภัยนี้ และถ้าขาดความระมัดระวังการดูแลสุขภาพประจำวัน อาจส่งผลถึงสิทธิประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย มีผลสูงสุดของสัญญาประกันภัยบริษัทฯ และบริษัทฯ
- ผู้เอาประกันภัยต้องทำตามข้อกำหนดความคุ้มครองที่ระบุไว้ บริษัทฯ อาจประเมินและปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ไม่ยอมรับ ยอมรับ

### ข้อมูลผู้เอาประกัน

[แก้ไข](#)

ชื่อผู้เอาประกันภัย	นายทดสอบ ธรรม	วัน/เดือน/ปีเกิด	09/10/2000
เลขบัตรประชาชน	1100800379915	เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้เอาประกัน	1115 ถนน พระราม 3 แขวง คลองจั่น เขต ยานนาวา จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10120	ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ	1115 ถนน พระราม 3 แขวง คลองจั่น เขต ยานนาวา จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10120

---

### อีเมลสำหรับจัดส่งเอกสาร

[แก้ไข](#)

siriwatu@dhipaya.co.th

---

### รายละเอียดกรมธรรม์

แผนประกันภัย	Dengue Fever Plan 3	ทุนประกันภัย	77,000 บาท
วันเริ่มต้นคุ้มครอง	09/09/2021	วันสิ้นสุดคุ้มครอง	08/09/2022


---


### ราคาเบี้ยประกันรวม


**430.00 บาท**


---

### ช่องทางการชำระเงิน

  
บัตรเครดิต / เดบิต

  
เดอมาเดอริ

  
Scan to Pay

  
ShopeePay

---

### ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกัน

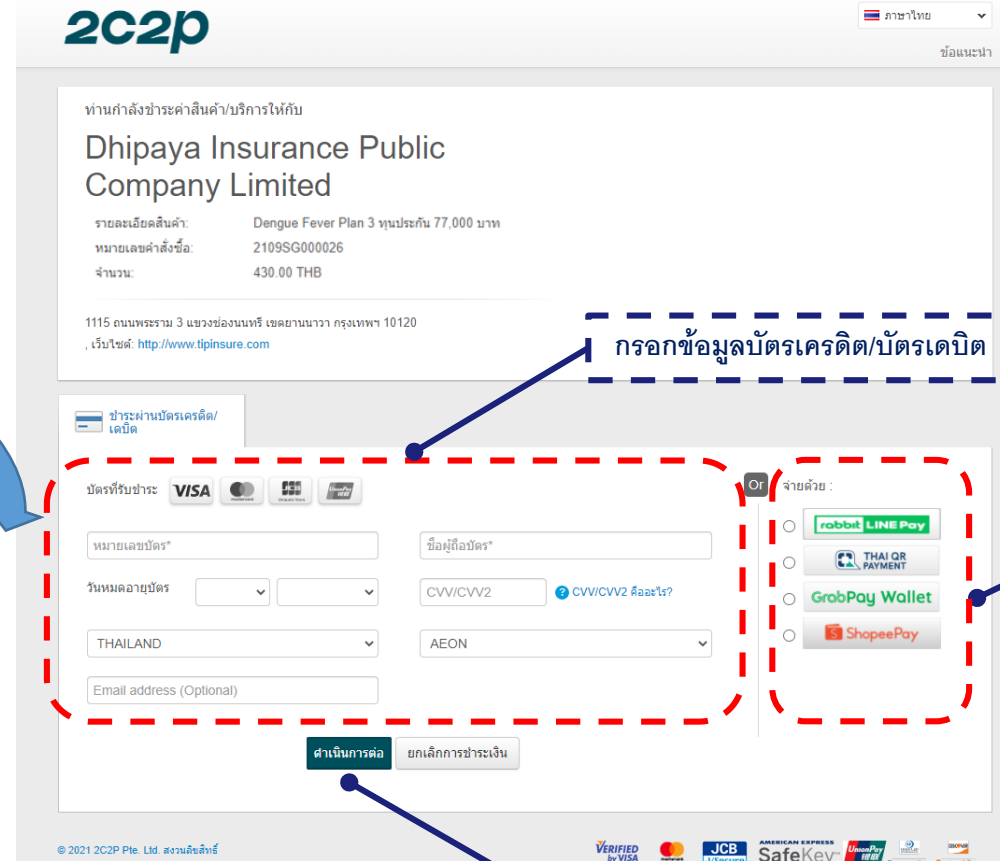
ยอมรับเงื่อนไขการซื้อกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ผ่านทางเว็บไซต์

ต่อไป

## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร  
ชำระผ่านช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต



กรอกข้อมูลบัตรเครดิต/บัตรเดบิต

หรือ เลือกชำระผ่าน  
ช่องทางอื่นๆ

คลิกเพื่อทำรายการต่อไป

ดำเนินการต่อ ยกเลิกการชำระเงิน

## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



บัตรเครดิต / เดบิต



**คิวอาร์โค้ด**



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันถัดไป  
ชำระผ่านช่องทางคิวอาร์โค้ด

ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ

ท่านกำลังชำระค่าสินค้าและบริการให้กับ

### Dhipaya Insurance Public Company Limited (multicurrency)

รายละเอียดสินค้า: Dengue Fever Plan 3 ทุนประกัน 77,000 บ.  
หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2109SG000026  
จำนวน: 430.00 THB

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com/multicurrency>

เลือกธนาคารที่ต้องการชำระ

ชำระผ่านคิวอาร์โค้ด

ชำระผ่านธนาคาร

โปรดเลือกธนาคาร

ธนาคารกสิกรไทย

SCB ไทยพาณิชย์

Bangkok Bank ธนาคารกรุงเทพ

ธนาคารกรุงไทย

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา


TMB

SUNTHASABANG

UOB

© 2021 2C2P Pte. Ltd. สงวนลิขสิทธิ์










ลูกค้าดำเนินการถ่ายรูปใบ pay-in หรือ พิมพ์เอกสาร ใบ Pay-in เพื่อนำไปชำระที่ธนาคารที่เลือก

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

Payment Code (Ref.1) <sup>?</sup>


4192626796

Amount (THB) <sup>?</sup>


XXX.XX

\*Please pay before 11/05/2021 17:33:09

QR Code



Mobile No. (Ref.2) <sup>?</sup> 0646394963



Return to Merchant

View Instructions

Print

ช่องทางการชำระเงิน เคาน์เตอร์  
มีค่าธรรมเนียม ขึ้นอยู่กับช่องทางที่ถูกคัดเลือก  
(ตัวอย่างค่าธรรมเนียมตามภาพด้านล่าง)

 Bangkok Bank (SERV CODE PAYSERVI)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

 Siam Commercial Bank (COMP CODE 2616)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht


 Bank of Ayutthaya (COMP CODE 91230)(15/30 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

             Cenpay (7 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Tesco Lotus (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Pay@post (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 Boonterm (10 Baht.)\* Max Limit: 1,500 Baht

 Kasikorn Bank (COMP CODE 35204/ATM Only 98001)(10/25 Baht)\*Max Limit: 2,000,000 Baht

 Krungthai Bank (COMP CODE 2028)(10/25 Baht)\* Max Limit: 2,000,000 Baht

 GSB ,ATM (10 Baht)\* Internet Banking and Mymo Mobile Banking (0 Baht)

 Big C bill payment @ Cashier (10 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

 mPay (15 Baht)\* Max Limit: 49,000 Baht

  True Money Express and True Money Wallet (15 Baht)\* Max Limit: 30,000 Baht

 BangkokPay (10 Baht)\* Max Limit: 10,000 Baht



## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร

ชำระ Scan to Pay

**2c2p**

Merchant: Dhipaya Insurance Public Company Limited  
Amount: THB XXX.XX

Please scan the QR code using ThaiQR app to continue payment.  
โปรดสแกน QR จ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที เหลือเวลา 09:58  
กรุณายำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ



**วิธีชำระเงินช่องทาง Scan to Pay**


1. ลูกค้าแคปหน้าจอ QR Code เพื่อนำไปชำระที่แอปพลิเคชันของธนาคาร สามารถชำระได้ทุกธนาคารที่บริการ prompt pay
2. กรณีลูกค้าออกจากหน้าดังกล่าว ไม่มีผลอะไร เพียงเก็บหลักฐานการชำระเงินไว้ จนกว่าจะได้รับเอกสารกรมธรรม์

ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที กรุณายำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ


## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>




บัตรเครดิต / เดบิต



เงินสด



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร  
ชำระผ่าน ShopeePay

2c2p

Merchant: Dhipaya Insurance Public Company Limited  
Amount: THB XXX.XX

Please scan the QR code using AirPay Wallet app to continue payment.



วิธีชำระเงินช่องทาง ShopeePay

- ลูกค้าแคปหน้าจอ QR Code เพื่อนำไปชำระที่แอปพลิเคชัน ShopeePay (ตัวอย่างหน้าถัดไป)

ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที กรุณาอย่าปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ

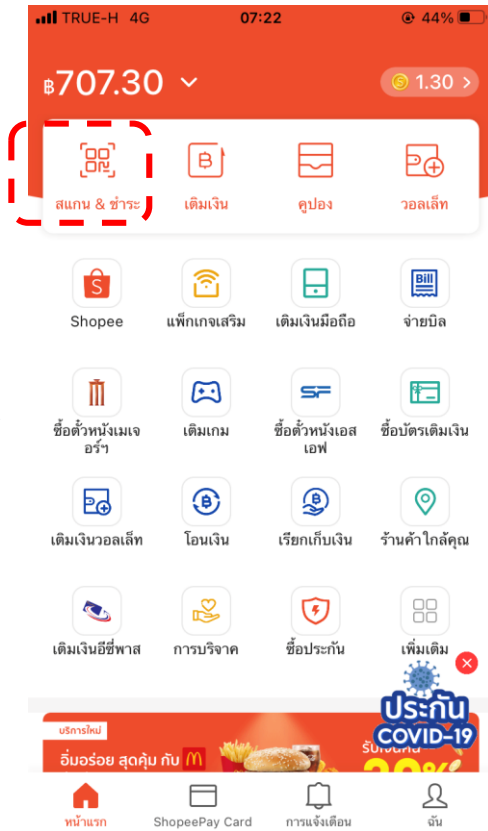




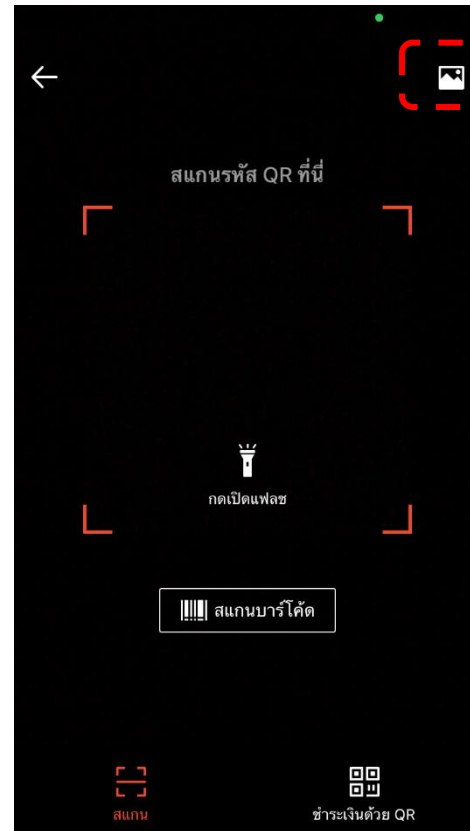
เลือกแอปพลิเคชัน  
Shopeepay ในมือถือ



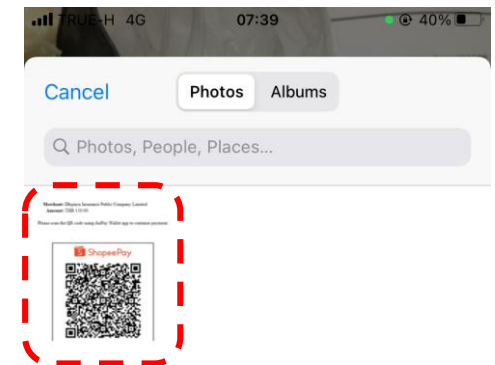
เลือกสแกน & ชำระ



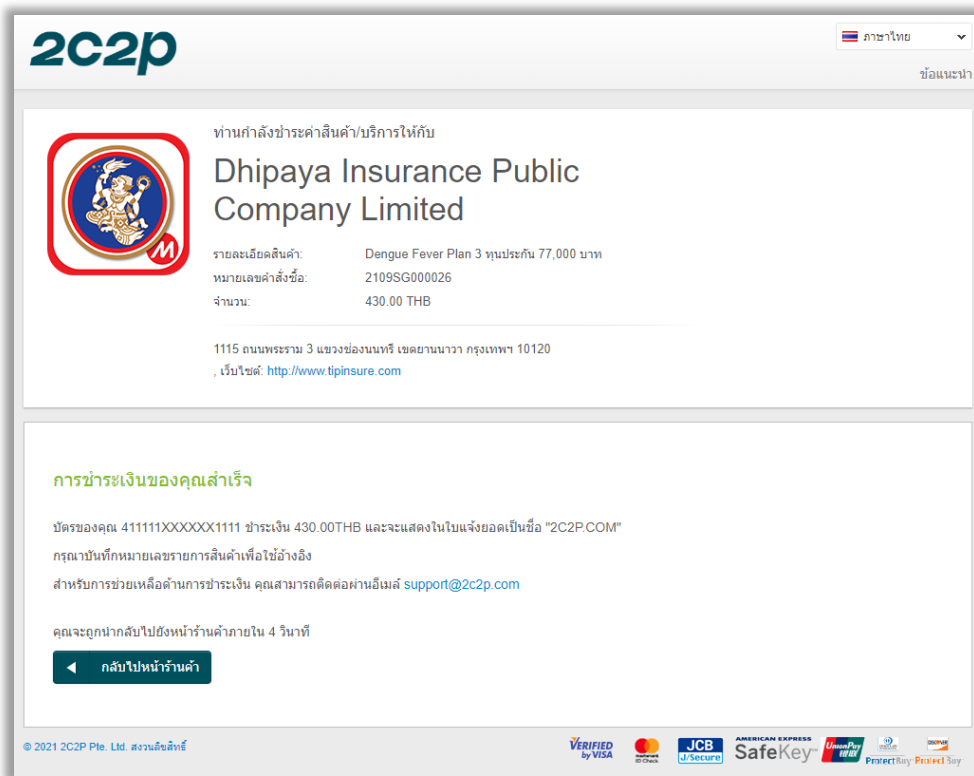
เลือกอัลบั้มรูปภาพ



เลือกรูป QR Code ที่ได้แคปไว้



หน้าจอแสดงการชำระเงินสำเร็จ



2c2p ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ

ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ  
**Dhipaya Insurance Public Company Limited**

รายละเอียดสินค้า: Dengue Fever Plan 3 ทุนประกัน 77,000 บาท  
หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2109SG000026  
จำนวน: 430.00 THB

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com>

**การชำระเงินของคุณสำเร็จ**

บัตรของคุณ 411111XXXXX1111 ชำระเงิน 430.00THB และจะแสดงในใบแจ้งยอดเป็นชื่อ "2C2P.COM"  
กรุณาบันทึกหมายเลขรายการสินค้าเพื่อไว้อ้างอิง  
สำหรับการช่วยเหลือด้านการชำระเงิน คุณสามารถติดต่อผ่านอีเมล [support@2c2p.com](mailto:support@2c2p.com)

คุณจะถูกนำกลับไปยังหน้าร้านค้าภายใน 4 วินาที

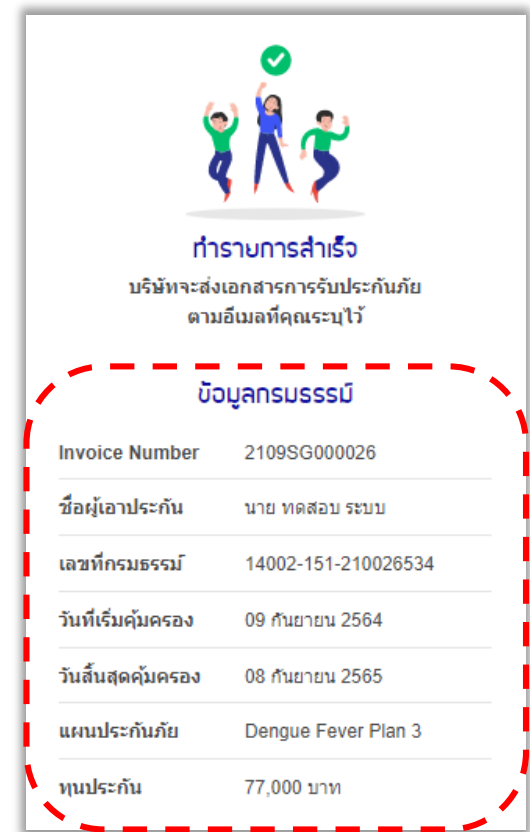
[← กลับไปหน้าร้านค้า](#)


© 2021 2C2P Pte. Ltd. สงวนลิขสิทธิ์

VERIFIED by VISA, Mastercard, JCB, AMERICAN EXPRESS, SafeKey, UnionPay, Alipay, WeChat Pay, DGBANK, DGBANK



หน้าจอแสดงทำรายการสำเร็จ พร้อมข้อมูลกรมธรรม์





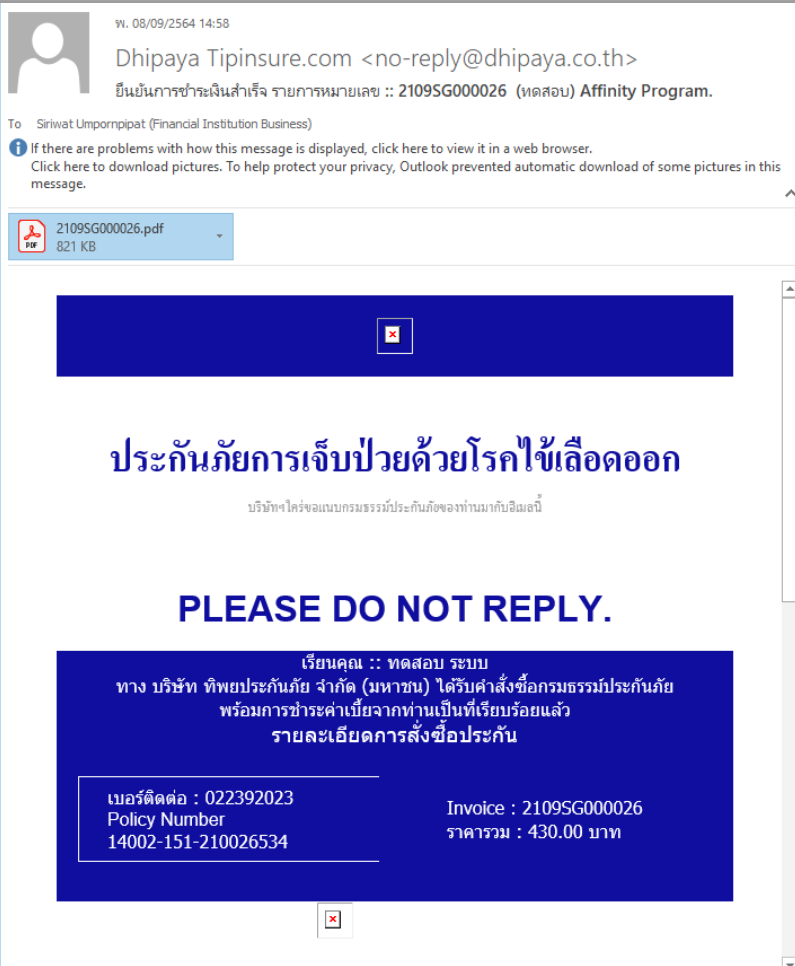
**ทำรายการสำเร็จ**  
บริษัทจะส่งเอกสารการรับประกันภัยตามอีเมลที่คุณระบุไว้

**ข้อมูลกรมธรรม์**

Invoice Number	2109SG000026
ชื่อผู้เอาประกัน	นาย ทดสอบ ธรรมดา
เลขที่กรมธรรม์	14002-151-210026534
วันที่เริ่มคุ้มครอง	09 กันยายน 2564
วันสิ้นสุดคุ้มครอง	08 กันยายน 2565
แผนประกันภัย	Dengue Fever Plan 3
ทุนประกัน	77,000 บาท



**ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ Mail ทั้งหมด 3 mail ดังนี้**  
**ครั้งที่ 1 ยืนยันการชำระเงินสำเร็จ และ ไฟล์แบบกรมธรรม์**  
**ครั้งที่ 2 ยืนยันการเป็นเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย**  
**ครั้งที่ 3 ขอบคุนที่ให้ความไว้วางใจ บมจ.ทิพยประกันภัย และ เอกสารใบเสร็จ**



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ชีพ แบบพิเศษ  
(ขอสงวนค่าเบี้ยประกันภัย (Online))

บริษัท: DHP	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่: 14002-151-210026534
1. ผู้เอาประกันภัย: <b>คุณหญิง นภัท ชาติชัย วัฒน</b> The Insured: Name and Address บ้านเลขที่ 1115 ซอย พะราม 5 แขวง หนองแขม เขต หนองแขม กรุงเทพมหานคร 10120	เลขประจำตัวประชาชน: ID No. 1100000370915 อาชีพ: Clerks อายุ: Age 21 ปี เลขที่โทรศัพท์: Telephone No. 022392023
2. ผู้รับประกันภัย: <b>ทิพยประกันภัย</b> The Insurer: Name and Address	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Insured
3. ระยะการประกันภัย: เริ่มวันที่ 9 กันยายน 2564 เวลา 00:01 น. ถึงวันที่ 8 กันยายน 2565 เวลา 24:00 น. Period of Insurance: From at to by	
4. ข้อตกลงผู้เอา (Insurance Agreement/Endorsement)	จำนวนเงินประกันภัย Sum Insured (Paid)
5. เบี้ยประกันภัยสุทธิ: 399.07 บาท Net Premium	ภาษีมูลค่าเพิ่ม: 2.00 บาท Stamp Duty
ภาษีธุรกิจเฉพาะ: 28.13 บาท VAT	เบี้ยประกันภัยรวม: 430.00 บาท Total Premium

วันที่ทำสัญญาประกันภัย: 8 กันยายน 2564  
วันที่ออกกรมธรรม์ประกันภัย: 8 กันยายน 2564

Wan... Nathani

กรรมการ - Director      ผู้รับผิดชอบฝ่าย - Authorized Signature

**ตัวอย่าง หน้า**  
**ตารางกรมธรรม์**  
**E-Policy**

**THIS IS TEST POLICY**

## การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

### กรณีเคลมค่ารักษาพยาบาล

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุชื่อโรค การเกิดเหตุ อาการและบริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน รวมทั้งระยะเวลารักษา
3. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
5. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)

### กรณีเคลมค่าสินไหมชดเชยรายวันขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

1. สำเนาใบเสร็จรับเงิน / จบสรุปค่ารักษาพยาบาล / ใบแจ้งหนี้ค่ารักษาพยาบาล
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่นอนโรงพยาบาล อาการ บริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน และสาเหตุการเกิด
3. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
5. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)

# แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)



**ทิพยประกันภัย**  
CHIPAYA INSURANCE  
สำนักงานผู้รับประกันภัย

**บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)**

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

A01

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

( ) ค่ารักษาพยาบาล ( ) ค่ารักษาทันตกรรม ( ) ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  
( ) เสียชีวิต ( ) เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ( ) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ( ) สูญเสียอวัยวะ ( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ( ) อื่นๆ.....

**ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล**

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัยผู้ทำการแทน.....เพศ.....อายุ.....ปี.....อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาระบุหน่วยงานนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) 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 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล.....แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย ( ) การใส่ยา ( ) การผ่าตัด (ระบุ).....( ) อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอกซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
4. กรณีที่การรักษาไม่หายจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอาการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากอาการบาดเจ็บ 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 ( ) เอกซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ)..... 4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษายาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออกร์ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยต่อทั้งหมดยกเว้นบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สถานภาพล่าสุดของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน  
(.....)  
วันที่...../...../.....  
ความสัมพันธ.....  
(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย  
(.....)  
วันที่...../...../.....

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
1115 ถนนพหลโยธิน 3 แขวงสองต้นห่อ  
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10120

CHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO., LTD.  
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsri,  
Yaninawa, Bangkok 10120, Thailand.

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



## การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

แจ้งเคลมในเวลาทำการ ติดต่อ

คุณมนัษญา ดอกดวง เบอร์ติดต่อ 02-2392424

คุณกิตติชญาท์ เกะสุวรรณ เบอร์ติดต่อ 02-1184522

หรือ Call Center : 1736 ตลอด 24 ชม.

เมื่อเอกสารครบถ้วน สามารถนำส่งตามรายการแจ้ง มายัง

ฝ่ายสินไหมทั่วไป ชั้น 12A บมจ.ทิพยประกันภัย

เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

กรณีไม่ต้องใช้ฉบับจริง สามารถนำส่งได้ที่ Email : [general-claim@dhipaya.co.th](mailto:general-claim@dhipaya.co.th)

หมายเหตุ : สามารถ Scan เอกสารส่งมาทางอีเมลก่อน เพื่อให้ทางสินไหมสามารถพิจารณาเคลมได้เบื้องต้น

**บมจ. ทิพยประกันภัย**

**Call Center : 1736**

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี

เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

**กรณีเร่งด่วนสำหรับปัญหาช่องทางชำระเงิน ติดต่อ**

คุณศิริวัตร : 0 2239 2023 หรือ 0 65 728 3088

**บมจ. ธนาคารแลนด์ แอนด์ เฮาส์**

**Call Center : 1327**



