

เชิดอันทั่วไทย

เที่ยวภาคไหน ก็คุ้มครอง

‘ประกันภัยการเดินทาง ทีเอ สบายใจทั่วไทย’

- คุ้มครองสูงสุด 90 วัน ต่อเที่ยว
- รับประกันภัยอายุตั้งแต่ 1 ปี สูงสุดถึง 85 ปี
- เบี้ยเริ่มต้นเพียง 55 บาท

บริการ
เคลื่อนย้าย
พญาบาลฉุกเฉิน



ประกันภัยการเดินทาง ทีเอ สบายใจทั่วไทย

ที่มาของประกัน ประกันภัยการเดินทางในประเทศ

เที่ยวไทยให้สนุก
พร้อมยิ้มสวยอวดเพื่อนแบบหมดกังวล
ไม่ว่าอุบัติเหตุเล็กหรือใหญ่ในระหว่างเดินทาง
เราค้ำครองคุณสูงสุดถึง 1 ล้านบาท

กลุ่มลูกค้าเป้าหมาย

 บุคคลทั่วไปอายุระหว่าง 1-85 ปี

 รักการท่องเที่ยว

 คนที่อยากลดความเสี่ยง หากเกิด
อุบัติเหตุที่ไม่คาดฝัน

จุดเด่นผลิตภัณฑ์

1. เบี้ยเริ่มต้นเพียง 55 บาท
2. ค้ำครองสูงสุด 90 วัน/เที่ยว
3. รับประกันภัยอายุตั้งแต่ 1ปี สูงสุดถึง 85 ปี
4. บริการเคลื่อนย้ายพยาบาลฉุกเฉิน



เงื่อนไขความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	ผลประโยชน์สูงสุด (บาท)		
	Simply Trip	Smile Trip	Smart Trip
1. การเสียชีวิต การสูญเสียชีวิต ภัยพิบัติ หรือทุพพลภาพถาวร สืบเนื่องจากอุบัติเหตุ (อบ. 1) (รวมการทุพพลภาพหรือ ทำร้ายร่างกาย)	300,000	500,000	1,000,000
2. การรักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000	100,000	100,000
3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการเคลื่อนย้ายกลับประเทศภูมิลำเนา	50,000	50,000	50,000



เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. แผนประกันภัยนี้สำหรับผู้อาประกันภัยอายุ 1 ถึง 85 ปีเท่านั้น
2. แผนประกันภัย แผน Simply Trip หรือ Smile Trip สำหรับผู้อาประกันภัยที่มีอายุ 1 - 85 ปีบริบูรณ์ และแผน Smart Trip สำหรับผู้อาประกันภัยที่มีอายุ 1 - 70 ปีบริบูรณ์
3. ผู้อาประกันภัยสามารถซื้อความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุการเดินทางในประเทศได้ 1 ฉบับ ต่อการเดินทาง 1 ครั้ง
4. ระยะเวลาในการเดินทางท่องเที่ยวแต่ละครั้ง ต่อเนื่องกันสูงสุดไม่เกิน 90 วัน ต่อการเดินทางแต่ละครั้ง
5. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ ต้องอยู่ในระหว่างการเดินทางท่องเที่ยว หรือมีระยะทางห่างจากที่อยู่ปัจจุบันเป็นระยะทางเกิน 150 กิโลเมตร
6. แผนประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
7. บริษัทประกันภัย ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงอัตราเบี้ยประกันภัยตามความเหมาะสม

เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์

ความคุ้มครอง	Dhipaya	ประกัน A	ประกัน B	ประกัน C
1. การเสียชีวิต การสูญเสียวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อบ. 1) (รวมการถูกฆาตกรรมหรือทำร้ายร่างกาย)	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
2. การรักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000	100,000	100,000	100,000
3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการเคลื่อนย้ายกลับประเทศภูมิลำเนา	50,000	x	x	x
4. การประกันอัคคีภัยสำหรับที่อยู่อาศัย	x	x	x	500,000
5. การประกันภัยโจรกรรม (การลักทรัพย์ที่ปรากฏร่องรอยชัดเจน จร.2)	x	x	x	50,000
ระยะเวลาเดินทาง	เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร			
1-7 วัน	450	485	440	490



ขั้นตอนการซื้อประกัน สำหรับลูกค้า



ช่องทางในการสมัคร

1

เข้า Website ของธนาคาร



เว็บไซต์ www.lhbank.co.th

2

เข้าผ่าน QR Code



3

เข้า Link

<https://www.lhbank.co.th/Person/Lists/ผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย-ประกันภัย>

[ออนไลน์ตามไลฟ์สไตล์ -ประกันภัยการเดินทาง_ที่เอ_สบายใจทั่วไทย/3/97](#)




กรอก รายละเอียดข้อมูลการเดินทาง


1 — 2 — 3 — 4
 ระบุข้อมูล เลือกแพ็คเกจ สมุดร สรุปและชำระ

เลือกจังหวัด

ต้นทาง ปลายทาง

เดินทางโดย [?]


เครื่องบิน


 รถยนต์ / อื่นๆ


(กรุณาดำเนินการตามขั้นตอนการเลือกการเดินทางสำหรับทริปของคุณ)


รูปแบบการเดินทาง [?]

วันออกเดินทาง

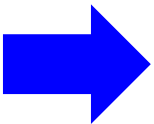
-

สำหรับ


คนเดียว


 หลายคน

ต่อไป



✓ — 2 — 3 — 4
 ระบุข้อมูล เลือกแพ็คเกจ สมุดร สรุปและชำระ

Smart Trip สำหรับลูกค้า LH Bank เปรียบเทียบ

1,633.07 บาท

1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ อ.บ.1 (บาท) [?]
(รวมการถูกฆาตกรรมหรือทำร้ายร่างกาย)
1,000,000

2. การรักษาพยาบาลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (บาท) [?]
(ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)
100,000

3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและการเคลื่อนย้ายข้ามจังหวัด (บาท) [?]
50,000

ข้อมูลเพิ่มเติม
เลือกแบบนี้

Smile Trip สำหรับลูกค้า LH Bank เปรียบเทียบ

840.44 บาท

1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ อ.บ.1 (บาท) [?]
(รวมการถูกฆาตกรรมหรือทำร้ายร่างกาย)
500,000

2. การรักษาพยาบาลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (บาท) [?]
(ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)
100,000

3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและการเคลื่อนย้ายข้ามจังหวัด (บาท) [?]
50,000

ข้อมูลเพิ่มเติม
เลือกแบบนี้

Simply Trip สำหรับลูกค้า LH Bank เปรียบเทียบ

585.28 บาท

1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ อ.บ.1 (บาท) [?]
(รวมการถูกฆาตกรรมหรือทำร้ายร่างกาย)
300,000

2. การรักษาพยาบาลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (บาท) [?]
(ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)
100,000

3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและการเคลื่อนย้ายข้ามจังหวัด (บาท) [?]
50,000

ข้อมูลเพิ่มเติม
เลือกแบบนี้

คลิก เลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ

ระบุข้อมูล
 เลือกแพ็คเกจ
 3 สมัคร
 4 สรุปและชำระ

🔍 ผู้เอาประกันภัย (คนที่ 1)
 กรอก รายละเอียดข้อมูลผู้เอาประกันภัยให้ครบถ้วน

ข้อมูลส่วนตัว

อีเมล ยืนยันอีเมล
 เบอร์โทร
 เลขบัตรประชาชน หนังสือเดินทาง
 หมายเลขบัตรประชาชน
 ชื่อจริง (ภาษาไทย) นามสกุล (ภาษาไทย)
 วัน / เดือน / ปีเกิด

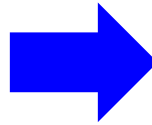
ที่อยู่ (ภาษาไทย)

บ้านเลขที่	หมู่	ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน	ซอย	ถนน
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

จังหวัด อำเภอ/เขต ตำบล/แขวง รหัสไปรษณีย์

ผู้รับผลประโยชน์

ทายาทตามกฎหมาย อื่นๆ



ข้อมูลทั่วไป

ที่อยู่ในการจัดส่งกรมธรรม์

ตามที่อยู่ด้านบน
 ที่อยู่อื่น
 เลือก ช่องทางการรับใบเสร็จ และกรมธรรม์

วิธีการรับกรมธรรม์

รับกรมธรรม์เฉพาะทางอีเมล
 รับกรมธรรม์ทางอีเมลและไปรษณีย์ (ไปรษณีย์จะถูกจัดส่งภายใน 7-14 วันทำการ)

นโยบายการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อบริษัท

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยและตัวแทนของผู้ขอเอาประกันภัยรายอื่น ("ผู้เอาประกันภัย") ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัย ผ่านช่องทางต่างๆที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัย

ยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไข

ต่อไป

คลิกยอมรับเงื่อนไขและข้อตกลง และ กดต่อไป

ตรวจสอบสรุปข้อมูลการทำประกันภัย ก่อนดำเนินการชำระเงิน

- ✓
ระบุข้อมูล
- ✓
เลือกแพ็คเกจ
- ✓
สมัคร
- 4
สรุปและชำระ

ข้อมูลผู้เอาประกัน

ชื่อผู้เอาประกันภัย	นาย ทอสอบ รัชบ
วัน/เดือน/ปีเกิด	10/11/1973
เลขบัตรประชาชน	1100800379915
เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้เอาประกัน	456 แขวง คั่นนាយ เขต คั่นนายาว จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10230
ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ	456 แขวง คั่นนายาว เขต คั่นนายาว จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10230

อีเมลสำหรับจัดส่งเอกสาร

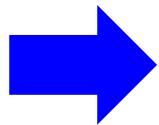
siriwatu@dhipaya.co.th

รายละเอียดกรมธรรม์

จุดหมายปลายทาง	ท่าแพงเพชร - อุบลราชธานี	เดินทางไป	05/11/2021
เดินทางกลับ	30/11/2021	จำนวนวัน	26 วัน
รูปแบบการเดินทาง	เดินทางคนเดียว	จำนวนผู้เดินทาง	1 คน
แผนการเดินทาง	Smile Trip สำหรับลูกค้า LH Bank		

ราคาเบี้ยประกันรวม

840.44 บาท



ช่องทางการชำระเงิน


บัตรเครดิต / เดบิต


 โฉนดเงินสด


 Scan to Pay


 ShopeePay

หมายเหตุ : กรณีวันเริ่มคุ้มครองวันเดียวกันกับวันที่ทำการสั่งซื้อ จะชำระเงินได้แค่ช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต เท่านั้น

ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกัน

ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกันการเดินทาง ผ่านเว็บไซต์

ชำระเงิน



ช่องทางการชำระเงิน [?]

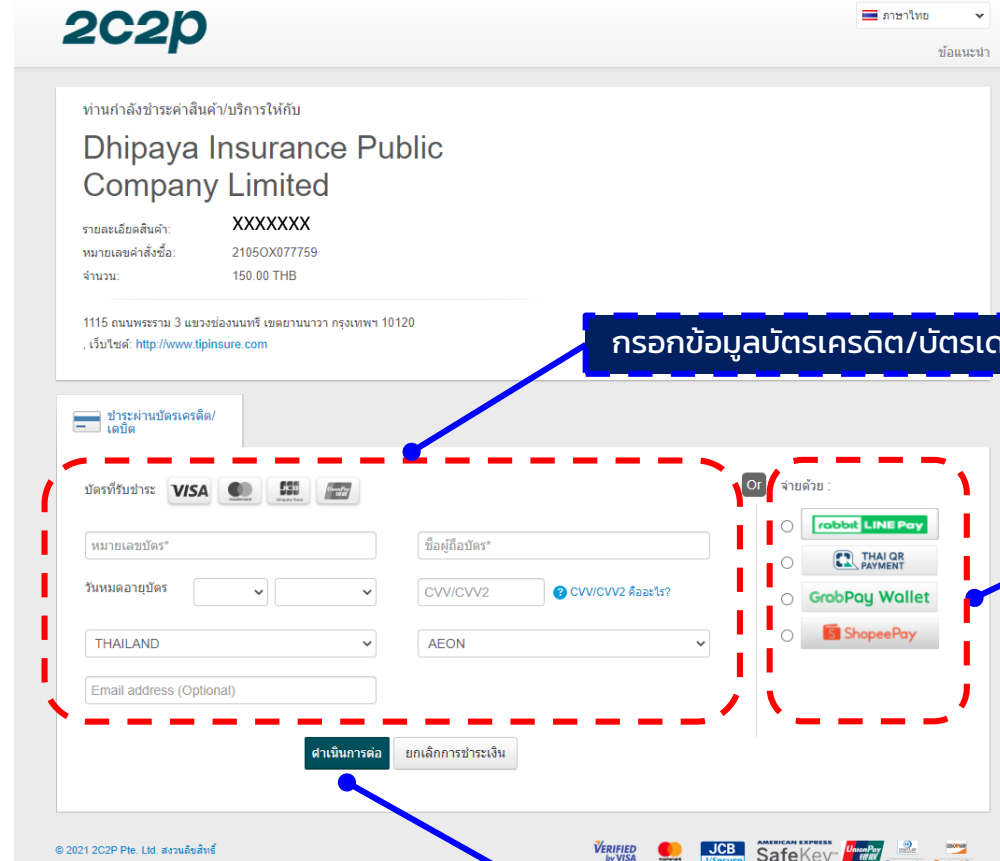
บัตรเครดิต / เดบิต

เดบิตเตอร์

Scan to Pay

ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร
ชำระผ่านช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต



2c2p ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ

ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ
Dhipaya Insurance Public Company Limited

รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX
หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105OX077759
จำนวน: 150.00 THB

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

ชำระผ่านบัตรเครดิต/เดบิต

บัตรที่รับชำระ: VISA, Mastercard, JCB, American Express

Or จ่ายด้วย:

- robbit LINE Pay
- THAI QR PAYMENT
- GrabPay Wallet
- ShopeePay

หมายเลขบัตร* ชื่อผู้ถือบัตร*

วันหมดอายุบัตร CVV/CVV2 CVV/CVV2 คืออะไร?

THAILAND AEON

Email address (Optional)

ดำเนินการต่อ ยกเลิกการชำระเงิน

© 2021 2C2P Pte. Ltd. สงวนลิขสิทธิ์

VERIFIED by VISA Mastercard JCB AMERICAN EXPRESS SafeKey UnionPay

กรอกข้อมูลบัตรเครดิต/บัตรเดบิต

หรือ เลือกชำระผ่านช่องทางอื่นๆ

คลิกเพื่อทำรายการต่อไป

ช่องทางการชำระเงิน [?]



บัตรเครดิต / เดบิต



เคาน์เตอร์




Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือก**เริ่มต้นความคุ้มครองในวันถัดไป**
ชำระผ่านช่องทางเคาน์เตอร์



ภาษาไทย

ท่านกำลังชำระค่าสินค้าและบริการให้กับ

Dhipaya Insurance Public Company Limited (multicurrency)

รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX

หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105LX000040


จำนวน: 250.00 THB

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพหลโยธิน แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com/multicurrency>


เลือกธนาคารที่ต้องการชำระ

ชำระผ่านเคาน์เตอร์


โปรดเลือกธนาคาร




ธนาคารไทยพาณิชย์




SCB ไทยพาณิชย์




Bangkok Bank ธนาคารกรุงเทพ




ธนาคารกรุงไทย




ธนาคารกรุงศรีอยุธยา



TMB



ธนาคารสิริกิติ์



UOB


ลูกค้าดำเนินการถ่ายรูปใบ pay-in หรือ พิมพ์เอกสาร ใบ Pay-in เพื่อนำไปชำระที่ธนาคารที่

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

Payment Code (Ref.1) **4192626796**


Amount (THB) **XXX.XX**

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











QR Code

Mobile No. (Ref.2) **0646394963**



Return to Merchant
View Instructions
Print

© 2021 2C2P Pte. Ltd. สงวนลิขสิทธิ์


ช่องทางการชำระเงิน เคา์นเตอร์ มีค่าธรรมเนียม ขึ้นอยู่กับช่องทางที่ลูกค้าเลือก (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 ⑦



สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร
ชำระ Scan to Pay

วิธีชำระเงินช่องทาง Scan to Pay

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

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
กรุณาย้ำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ




ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code
เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที
กรุณาย้ำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงิน
สำเร็จ

ช่องทางการชำระเงิน [?]



สำหรับลูกค้าที่เลือก **เริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร** ชำระผ่าน ShopeePay

วิธีชำระเงินช่องทาง ShopeePay
1. ลูกค้าแคปหน้าจอ QR Code เพื่อนำไปชำระที่แอปพลิเคชัน ShopeePay (ตัวอย่างหน้าถัดไป)



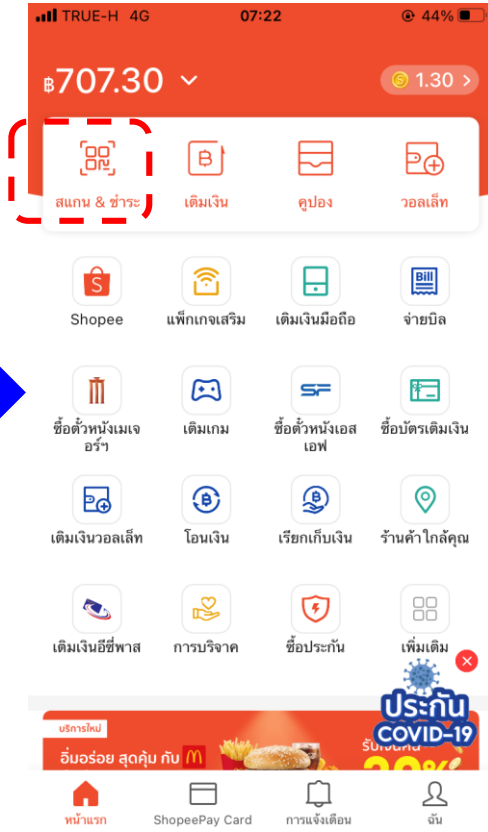
ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที กรุณาอย่าปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ



เลือกแอปพลิเคชัน
Shopeepay ในมือถือ



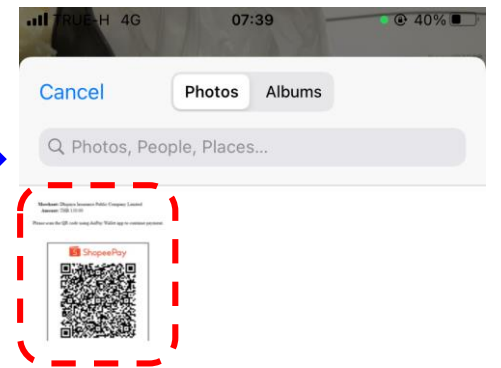
เลือกสแกน & ชำระ




เลือกอัลบั้มรูปภาพ



เลือกรูป QR Code ที่ได้แคปไว้




หน้าจอแสดงการชำระเงินสำเร็จ



ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ



ท่านกำลังชำระค่าสินค้า/บริการให้กับ
Dhipaya Insurance Public Company Limited

รายละเอียดสินค้า: Smile Trip ทุนประกัน 500,000 บาท
หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2111NW000756
จำนวน: 284.22 THB

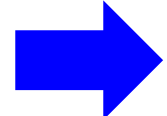
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com>

การชำระเงินของคุณสำเร็จ


บัตรของคุณ 555555XXXXX4444 ชำระเงิน 284.22THB และจะแสดงในใบแจ้งยอดเป็นชื่อ "2C2P.COM"
กรุณามั่นที่หมายเลขรายการสินค้าเพื่อใช้อ้างอิง
สำหรับการช่วยเหลือด้านการชำระเงิน คุณสามารถติดต่อผ่านอีเมล support@2c2p.com

คุณจะถูกนำกลับไปยังหน้าร้านค้าภายใน 3 วินาที

[← กลับไปหน้าร้านค้า](#)



หน้าจอแสดงทำรายการสำเร็จ พร้อมข้อมูลกรมธรรม์



ทำรายการสำเร็จ
บริษัทจะส่งเอกสารการรับประกันภัย
ตามอีเมลที่คุณระบุไว้

ข้อมูลกรมธรรม์

Invoice Number	2111NW000756
ชื่อผู้เอาประกัน	นาย ทดสอบ ระบบ
เลขที่กรมธรรม์	14003-151-210032880
วันที่เริ่มคุ้มครอง	08 พฤศจิกายน 2564
วันสิ้นสุดคุ้มครอง	16 พฤศจิกายน 2564
แผนการเดินทาง	Smile Trip
จังหวัดต้นทาง	กรุงเทพมหานคร
จังหวัดปลายทาง	อุบลราชธานี
ทุนประกัน	500,000 บาท

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

ยืนยันการชำระเงินสำเร็จ รายการหมายเลข :: 2111NW000756 (ทดสอบ) Affinity Program.

Dhipaya Tipinsure.com <no-reply@dhipaya.co.th>
 5/11/2021 22:59

ถึง: Siriwat Umpornpipat (Financial Institution Business);

สิ่งที่แนบมา 1 รายการ




การชำระเงินเรียบร้อยแล้ว
กรมธรรม์ของคุณแนบมาด้วยอีเมลนี้

รายละเอียดการสั่งซื้อประกัน

ชื่อผู้เอาประกัน	ทดสอบ ระบบ
เลขที่กรมธรรม์	14003-151-210032880

Home Tools 2111NW000756.pdf x

1 / 91 50%

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

ตารางกรมธรรม์ประกันภัย THE SCHEDULE (รายละเอียดเงื่อนไขกรมธรรม์ (Online))

รหัสบริษัท Company Code	DHP	กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุการเดินทางไปทั่วโลก (Thailand Accident Travel Sure Insurance)	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ : 14003-151-210032880 Policy No.
ประเภท Type	<input checked="" type="checkbox"/> รายเที่ยว Single Trip	<input type="checkbox"/> รายปี Annual Multi-Trip	
1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ The Policyholder : Name Address and Telephone No. นาย พงษ์ธร ธรรม, 02-239-2023 บ้านเลขที่ 212 แขวง สีหะมา เขต บางรัก กรุงเทพมหานคร 10500	ชื่อผู้เอาประกันภัย : ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ The Insured : Name Address and Telephone No. นาย พงษ์ธร ธรรม, 02-239-2023 บ้านเลขที่ 212 แขวง สีหะมา เขต บางรัก กรุงเทพมหานคร 10500		
2. ผู้รับประกันภัย : ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ The Insurer : Name Address and Telephone No. นาย พงษ์ธร ธรรม, 02-239-2023 บ้านเลขที่ 212 แขวง สีหะมา เขต บางรัก กรุงเทพมหานคร 10500	เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ID No./Alien Identification/Foreign ID No. 11000000370015 อายุ : Age 30 ปี		
3. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address นายพงษ์ธร ธรรม	ความสัมพันธ์กับผู้รับประกันภัย : Relationship to the Insured:		
4. เส้นทางการเดินทาง : กรุงเทพมหานคร - กรุงเทพมหานคร Itinerary			
5. ระยะเวลาประกันภัย : 0 วัน เริ่มวันที่ 0 พฤศจิกายน 2564 ถึง 09:01 พฤศจิกายน 16 พฤศจิกายน 2564 เวลา 24:00 น. Period of Insurance			
6. จำนวนจำกัดความรับผิด : กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะข้อจำกัดของเงินวงเงินคุ้มครองประกันภัยที่กำหนดไว้เท่านั้น Limit of liability: This policy limits coverage only with respect to each maximum sum assured or limit of liability.			
ข้อตกลงผู้เอาประกันภัย / เอกสารแนบมา Insuring Agreement / Attachment	วงเงิน / ค่าประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท/วัน) Deductible (Baht/Day)	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียอวัยวะบางส่วน สูญเสียอวัยวะบางส่วน สูญเสียอวัยวะบางส่วน สูญเสียอวัยวะบางส่วน Item 1. Personal Accidental, Loss of life, Dismemberment, Loss of Sight or Permanent Disability	500,000.00		
ข้อ 2. ค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ตามอัตราที่กำหนด) Item 2. Accidental Medical Expenses (For each accident)	100,000.00		
ข้อ 3. ค่าใช้จ่ายฉุกเฉินทางการแพทย์ (ตามอัตราที่กำหนด) Item 3. Emergency Medical Expenses (For each accident)	50,000.00		
เบี้ยประกันภัยสำหรับเพิ่มเติม Additional Premium			
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount 46.52			
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium 283.53			
อากรแสตมป์ Stamp Duty 2.00			
ภาษี Vat 18.59			
เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium 304.12			
<input type="checkbox"/> ประกันภัยโดยตรง Direct <input type="checkbox"/> ส่วนแทนประกันวินาศภัย Agent <input checked="" type="checkbox"/> นายทนายประกันภัยรายอื่น Broker <input type="checkbox"/> นาย			
ใบอนุญาตเลขที่ License No.			
วันที่สัญญาประกันภัย 5 พฤศจิกายน 2564		วันออกกรมธรรม์ประกันภัย 5 พฤศจิกายน 2564	

ตัวอย่าง หน้าตาราง
 กรมธรรม์ E-Policy

ช่องทางการเคลม

กรณีเรียกร้องค่าสินไหม สอบถามรายละเอียด หรือจัดส่งเอกสาร สามารถติดต่อได้ตามช่องทางด้านล่าง

1. Hotline คำปรึกษาพยาบาลสุขภาพและอุบัติเหตุ (บัตรประกัน) 24 ชั่วโมง : ระบุในบัตรประกัน
2. TIP Flash Claim
3. สินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล : โทร. 02-239-2840 (ในเวลาทำการ 8.30 – 16.30)
4. Email: claim_ah@dhipaya.co.th
5. ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)

กรณีคำรักษาพยาบาล

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้า 1 ถึง 3
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการคำรักษาพยาบาล (กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวม ควรมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้าจบประกอบ)
3. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่เข้ารับการรักษาหรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล สาเหตุ อาการ บริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน (กรณีกลับมารักษาตัวในประเทศไทย ขอให้แพทย์ระบุวันที่เริ่มมีอาการหรือวันที่เกิดอุบัติเหตุให้ชัดเจน)
4. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย อาทิ สำเนาตั๋วเครื่องบิน / E-Ticket / Boarding Pass สำเนาหน้า Passport ที่มีการประทับตราเข้า-ออกประเทศ เป็นต้น
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย

กรณีเสียชีวิต

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้า 1 ถึง 3
2. สำเนาใบมรณบัตร
3. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
4. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี รับรองโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย " ตาย "
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
8. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาตั๋วเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกัน
10. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย
11. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรณีอุบัติเหตุการเดินทาง (TA)

กรณีสูญเสียชีวิต: สายตา หรือคุณภาพการมองเห็น

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1) หน้า 1 ถึง 3
2. ใบรายงานความเห็นแพทย์กรณีประเมินคุณภาพ (A04)
3. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาตัวเครื่องบินของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ หลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกัน
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกันภัย
6. หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะโดยสารอยู่ในสายการบินพาณิชย์)
7. ใบแสดงความเห็นของแพทย์ กรณีประเมินสูญเสียชีวิต (A05)



การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง (TA)


หมายเหตุ:

1. กรณีการเรียกร้องค่าสินไหมตามผลประโยชน์อื่นๆในกรมธรรม์ กรุณาตรวจสอบรายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมจากรายละเอียดในกรมธรรม์
2. ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และ เอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น
3. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 7-10 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน
4. กรณีเอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมเป็นใบเสร็จรับเงิน ต้องใช้ต้นฉบับเท่านั้น
5. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ กรุณาเตรียมเอกสารเพิ่มเติมประกอบชุดเคลม ดังนี้
 - สำเนาสูติบัตร
 - สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์
 - สำเนาบัตรประชาชน ของบิดาหรือมารดา เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนผู้เยาว์

เมื่อท่านระบุแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน และจัดเตรียมเอกสารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
กรุณาจัดส่งชุดเอกสารต้นฉบับโดยไปรษณีย์ลงทะเบียนหรือ EMS มาที่
ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15
บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

หากท่านมีข้อสงสัย หรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อส่วนสินไหมด้านสุขภาพ (A&H Claim)
ในวันเวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 -16.30 น. โทร.02-239-2200
หรือ ID line : @tip_claimpa
หรือ E-mail : claim_ah@dhipaya.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01-1)



A01-1
ห่วงใยทุกวินาที

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Travel Insurance Claim Form)

1. รายละเอียดกรมธรรม์ (Policy)

1.1 เลขที่กรมธรรม์ (Policy no.) _____

2. รายละเอียดผู้ประกันภัย (Insured Person Details)

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย (Name of Insured) _____ อายุ (Age) _____

2.2 ที่อยู่ (Address) _____

โทรศัพท์ (Telephone no.) _____ อีเมล (Email Address) _____

3. รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)

3.1 วันที่เกิดเหตุ (Date) _____ เวลา (Time) _____ สถานที่ (Place) _____

3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the Incident occurred) _____

ความสูญเสียหรือเสียหายใดบ้างที่ได้รับชดเชยแล้วหรือไม่ (This loss has not been compensated from other companies or other parties) _____

ได้รับ การชดเชยจากหน่วยงานอื่น (has been compensated from other companies or other parties) _____

ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด (Please specify the name of the company) _____

เป็นจำนวนเงิน (Amount of compensation) _____ บาท (Baht) .

4. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim)

4.1 ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นจำนวนเงิน (Amount Claim) _____ บาท (Baht) หรือระบุมูลค่าเงินที่ชดเชยซึ่งรายการดังต่อไปนี้ (Please tick in the box the type of benefits you are claiming):

กรณีค่ารักษาพยาบาล (Medical expenses)


ในประเทศไทย (in Thailand)

ต่างประเทศ (Abroad)

กรณีการสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และทรัพย์สินส่วนตัว (Damage/ Loss of baggage and personal effect)

กรุณาระบุรายละเอียดความเสียหายในเอกสารหน้า 2 Please describe the detail of item damaged/lost in page no. 2

หน้า **1** จาก **3**



A01-1
ห่วงใยทุกวินาที

กรณีการล่าช้าในการเดินทาง (Travel delay) กรุณาระบุเวลาเดินทางจากหมายกำหนดการเดินทาง และ เวลาที่เดินทางจริง

กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)
Flight no. _____ Route _____ Departure date and time _____ Arrival date and time _____

เดินทางจริง (New Schedule)
Flight no. _____ Route _____ Departure date and time _____ Arrival date and time _____

กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)
Flight no. _____ Route _____ Departure date and time _____ Arrival date and time _____

เดินทางจริง (New Schedule)
Flight no. _____ Route _____ Departure date and time _____ Arrival date and time _____

กำหนดการเดินทาง (Original Schedule)
Flight no. _____ Route _____ Departure date and time _____ Arrival date and time _____

เดินทางจริง (New Schedule)
Flight no. _____ Route _____ Departure date and time _____ Arrival date and time _____

กรณีการเลื่อนหรือยกเลิกการเดินทาง ก่อนขึ้นเครื่องบิน (Trip cancellation)

กรณีการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage delayed)

กรณีความคุ้มครองเอกสารเดินทาง (Loss of travel document)

กรณีเสียชีวิต การสูญเสียวัวะ ชาติตา หรือทุพพลภาพชั่วคราวหรือถาวร (Loss of life, dismemberment (hand, foot), loss of sight or total permanent disability while traveling)

กรณีการจี้โดยขโมย (Hijacking)

กรณีความรับผิดชอบจากบุคคลภายนอก (Third Party Liability)

กรณีอื่นๆ (Others).....

รายการสูญหาย / เสียหาย (ชื่อรุ่น/ขนาด/วัสดุ) Item damaged/lost (brand/model/size/material)	วันที่ซื้อ Date of Purchase	ราคา Price
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

อื่นๆ โปรดระบุ (Other claiming, please describe) _____


กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์แก่บิดา/ มารดา

โดยข้าพเจ้าขอไว้บริษัทฯ จ่ายค่าสินไหมทดแทน

In case of the insured is minor the company would make the claim payment to parents.

I would like the company make claim payment to _____

หน้า **2** จาก **3**



A01-1
ห่วงใยทุกวินาที

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์หรือผู้ใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อหรือยื่นเรื่องถึงกรมการประกันภัย การได้รับบาดเจ็บ ปรึกษาทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง ส่วนรูปถ่ายของหนังสือขออนุญาตให้ถือว่ามอบให้เจ้าของสิทธิแล้ว ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือบิดเบือนเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร บัตรเขียนหรือปลอมงานจริงใดๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือยึดคืนสินไหมใดๆ ตามที่ข้าพเจ้าได้บันทึก

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation prescriptions and treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. Company have right to refuse or refund any claim from insured if Company found that Statements in this report are not true, fraud, or hide important information.

ลงชื่อ (Sign) _____ วันที่ (Date) _____

ผู้แจ้ง (Claimant) / ผู้เอาประกันภัย (Insured name)

จำนวนผู้ติดต่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ฝ่ายสินไหมประกันชีวิตสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1115 ถนนพระราม 3 แขวงจอมพลวชิร พุทธนาถา ถนน 10120

โทร 02-239-2200

E-Mail: claim_ab@dhipaya.co.th

(จันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 - 16.30 น.)

Contact information

Dhipaya Insurance Public Company Limited

A&H Claim Department

1115 Rama III road, Chong Nonsi, Yamnawa, BKK,

10120 Tel: +66 2 239 2200

E-Mail: claim_ab@dhipaya.co.th

(Mon - Fri from 8.30 - 16.30)

หน้า **3** จาก **3**

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

คุณวิจิตรา : 0 2239 2041 หรือ 0 85 661 5935

คุณจารุวรรณ : 0 2118 4333

บมจ. ธนาคารแลนด์ แอนด์ เฮาส์

Call Center : 1327



