

# อุบัติเหตุไม่ใช่เรื่องเล็ก เจ็บหนักเราคุ้มครอง

‘ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พีเอ ซูเปอร์ พลัส’

- คุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรวมถึงขณะขับขี่  
และโดยสารรถจักรยานยนต์

อายุรับประกัน  
สูงถึง **65** ปี

ขยายความคุ้มครอง  
ถึงอายุ **70** ปี



ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล  
พีเอ ซูเปอร์ พลัส

## ที่มาของประกันภัย อุบัติเหตุส่วนบุคคล

ประกันอุบัติเหตุที่ให้คุณมากกว่า  
ด้วยแผนคุ้มครองที่เหมาะสมกับคุณ  
ให้คุณใช้ชีวิตได้อย่างเต็มที่  
ปลอดภัยไร้กังวล

## กลุ่มลูกค้าเป้าหมาย



บุคคลทั่วไปอายุระหว่าง 15-65 ปี



คนที่อยากลดความเสี่ยงหากเกิด  
อุบัติเหตุที่ไม่คาดฝัน

## จุดเด่นผลิตภัณฑ์

1. คุ้มครองการเสียชีวิตขณะขับขี่และโดยสาธารณจักรยานยนต์ และ การถูกฆาตกรรมลอบทำร้าย แบบเต็มทุนประกันภัย สูงสุด 700,000 บาท
2. จ่ายเพิ่มเติมอีก 1 เท่าของทุนประกันภัยกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ สาธารณะ (ยานพาหนะสาธารณะ หรืออาคารสาธารณะ หรือลิฟท์ สาธารณะ)
3. คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลรวมถึงอุบัติเหตุจากการขับขี่ หรือโดยสาธารณจักรยานยนต์ สูงสุด 30,000 บาท / ครั้ง
4. คุ้มครองค่าใช้จ่าย ทันตกรรมจากอุบัติเหตุ
5. มีค่าชดเชยรายวันกรณีนอนพักรักษาตัวเป็นคนไข้ใน ในโรงพยาบาล จากอุบัติเหตุ สูงสุดวันละ 800 บาท
6. มีค่าเลี้ยงดู กรณีตกเป็นผู้ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
7. คุ้มครองการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ค่าปลงศพ) ปีแรก มี ระยะเวลารอคอย 180 วัน



# เงื่อนไขความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	แผนความคุ้มครองใหม่ PA Super Plus					
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อบ. 2) (ขยายความคุ้มครองขาดกรรมลอบทำร้ายและอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	-	-	-	-	-	-
2. การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	5,000	5,000	15,000	15,000	30,000	30,000
3. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ( ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์ ) (สูงสุด 365 วันต่ออุบัติเหตุ)-แผนเดิม (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุและต่อระยะเวลาเอาประกันภัย)-แผนใหม่	ไม่คุ้มครอง	300 ต่อวัน	ไม่คุ้มครอง	500 ต่อวัน	ไม่คุ้มครอง	800 ต่อวัน
4. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	20,000
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อบ. 1) • จากอุบัติเหตุทั่วไป • จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย • จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000 100,000 100,000	100,000 100,000 100,000	300,000 300,000 300,000	300,000 300,000 300,000	700,000 700,000 700,000	700,000 700,000 700,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุสาธารณะ (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (จ่ายเพิ่มจากข้อ1)	100,000	100,000	300,000	300,000	700,000	700,000
3. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) (1ครั้ง/วัน สูงสุด 30 ครั้ง/ปี) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000	1,000	1,500	1,500	2,000	2,000
4. ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	ไม่คุ้มครอง	10,000	ไม่คุ้มครอง	30,000	ไม่คุ้มครอง	70,000
เบี้ยประกันภัยรายปี (บาท)	700	850	1,350	1,550	2,550	2,850

# เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. แผนประกันภัยนี้สำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 ถึง 65 ปีบริบูรณ์
2. ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการและไม่มีโรคประจำตัวและผ่านการพิจารณาตามเงื่อนไขบริษัทกำหนด
3. ผู้เอาประกันภัย 1 คน สามารถซื้อ PA Super Plus ได้สูงสุดคนละ 1 กรมธรรม์ โดยบริษัทขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกรมธรรม์ที่เกินจากกำหนดและผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิ์เรียกร้อง ค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ที่ยกเลิกนั้นให้เต็มจำนวนโดยไม่มีดอกเบียแก่ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์
4. กรณีชาวต่างชาติจำเป็นต้องมีหนังสือเดินทางและเอกสารใบอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทย (Work Permit หรือวีซ่าที่ได้รับอนุมัติจากหน่วยงานราชการ)
5. ทางบริษัทฯ ขอไม่รับประกันภัยผู้ที่ประกอบอาชีพ ดังนี้ จักรยานยนต์รับจ้าง / คนงานก่อสร้าง / ช่างยนต์ / กรรมกร / พนักงานเหมือง / ชาวประมง / พนักงานทำความสะอาดกระจก / ช่างไฟฟ้า / ยาม / พนักงานดับเพลิง / นักแสดงสตั้นท์แมน / พนักงานขับรถโดยสาร / คนขับรถแท็กซี่ / คนขับรถขนส่งประจำทาง / นักแข่งรถ / นักมวย / นักประดาน้ำ / นักปีนเขา / พนักงานขุดเจาะ / คนขับเรือ / อาสาสมัครกู้ภัย / พนักงานติดตั้งเสาอากาศ / พนักงานติดตั้งป้ายโฆษณา / นักศึกษาแผนกช่าง / พนักงานส่งเอกสาร / คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม / คนงานในโรงงานผลิตแก๊ส / พนักงานเช็ดกระจกอาคารสูง หรืออาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในระดับเดียวกัน
6. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนเบี้ยประกันภัยตามจำนวนสินไหมที่เกิดขึ้นจริง และรวมถึงหากมีการเปลี่ยนแปลงของเงื่อนไขและหรือข้อมูลอันมีผลทำให้ความเสี่ยงภัยสูงขึ้น
7. ความคุ้มครองและข้อยกเว้นต่างๆ เป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ

# เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์



ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (อบ.1)	DHP	X	Y
	แผน 4	แผน 1	แผน 2
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อบ.1) - จากอุบัติเหตุทั่วไป - จากการถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย - จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000 300,000 300,000	300,000 300,000 300,000	300,000 300,000 300,000
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุสาธารณะ (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1 )	300,000	ไม่มี	ไม่มี
การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	15,000	30,000	20,000
ผลประโยชน์กรณีถูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	15,000
ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	1,500	ไม่มี	ไม่มี
การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุ ขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500 / วัน ไม่เกิน 30 วัน	300 / วัน ไม่เกิน 365 วัน	800 / วัน ไม่เกิน 15 วัน
ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	30,000	ไม่มี	ไม่มี
ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	20,000	30,000	ไม่มี
อายุผู้เอาประกันภัย	15-65 ปี	15-65 ปี	15-55 ปี
<b>เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์) บาท</b>	<b>1,550</b>	<b>1,700</b>	<b>1,700</b>

# 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/th/personal/insurance/non-life-insurance/online-insurance-by-lifestyle/pa-plus/>

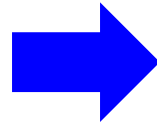




ประกันอุบัติเหตุที่ให้คุณมากกว่า  
เริ่มต้นเพียงวันละ 3 บาท เท่านั้น

**ซื้อประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล**

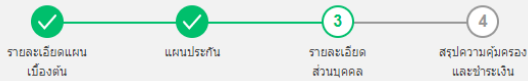
**คลิกเพื่อเลือกซื้อประกัน**



PA Super Plus แผน 1 สำหรับลูกค้า LH Bank (ฉบับ 1) 700 บาท	PA Super Plus แผน 2 สำหรับลูกค้า LH Bank (ฉบับ 1) 850 บาท	PA Super Plus แผน 3 สำหรับลูกค้า LH Bank (ฉบับ 1) 1,350 บาท	PA Super Plus แผน 4 สำหรับลูกค้า LH Bank (ฉบับ 1) 1,550 บาท	PA Super Plus แผน 5 สำหรับลูกค้า LH Bank (ฉบับ 1) 2,550 บาท	PA Super Plus แผน 6 สำหรับลูกค้า LH Bank (ฉบับ 1) 2,850 บาท
การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไปทุกภาคกรม (บาท) ② 100,000	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไปทุกภาคกรม (บาท) ② 100,000	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไปทุกภาคกรม (บาท) ② 300,000	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไปทุกภาคกรม (บาท) ② 300,000	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไปทุกภาคกรม (บาท) ② 700,000	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไปทุกภาคกรม (บาท) ② 700,000
การเสียชีวิตจากการบินขึ้นหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (บาท) ② 100,000	การเสียชีวิตจากการบินขึ้นหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (บาท) ② 100,000	การเสียชีวิตจากการบินขึ้นหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (บาท) ② 300,000	การเสียชีวิตจากการบินขึ้นหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (บาท) ② 300,000	การเสียชีวิตจากการบินขึ้นหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (บาท) ② 700,000	การเสียชีวิตจากการบินขึ้นหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (บาท) ② 700,000
ค่ารักษาพยาบาล(ต่ออุบัติเหตุ) (บาท) ② 5,000	ค่ารักษาพยาบาล(ต่ออุบัติเหตุ) (บาท) ② 5,000	ค่ารักษาพยาบาล(ต่ออุบัติเหตุ) (บาท) ② 15,000	ค่ารักษาพยาบาล(ต่ออุบัติเหตุ) (บาท) ② 15,000	ค่ารักษาพยาบาล(ต่ออุบัติเหตุ) (บาท) ② 30,000	ค่ารักษาพยาบาล(ต่ออุบัติเหตุ) (บาท) ② 30,000
ค่าใช้จ่ายในกรณีจากอุบัติเหตุ (บาท) ② 1,000	ค่าใช้จ่ายในกรณีจากอุบัติเหตุ (บาท) ② 1,000	ค่าใช้จ่ายในกรณีจากอุบัติเหตุ (บาท) ② 1,500	ค่าใช้จ่ายในกรณีจากอุบัติเหตุ (บาท) ② 1,500	ค่าใช้จ่ายในกรณีจากอุบัติเหตุ (บาท) ② 2,000	ค่าใช้จ่ายในกรณีจากอุบัติเหตุ (บาท) ② 2,000
ชดเชยรายได้จากการเกิดอุบัติเหตุ (บาท) ② ไม่คุ้มครอง	ชดเชยรายได้จากการเกิดอุบัติเหตุ (บาท) ② 300 / วัน สูงสุด 30 วัน	ชดเชยรายได้จากการเกิดอุบัติเหตุ (บาท) ② ไม่คุ้มครอง	ชดเชยรายได้จากการเกิดอุบัติเหตุ (บาท) ② 500 / วัน สูงสุด 30 วัน	ชดเชยรายได้จากการเกิดอุบัติเหตุ (บาท) ② ไม่คุ้มครอง	ชดเชยรายได้จากการเกิดอุบัติเหตุ (บาท) ② 800 / วัน สูงสุด 30 วัน
ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ (บาท) ② 10,000	ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ (บาท) ② 10,000	ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ (บาท) ② 20,000	ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ (บาท) ② 20,000	ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ (บาท) ② 20,000	ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ (บาท) ② 20,000
<b>เลือกแบบนี้</b>	<b>เลือกแบบนี้</b>	<b>เลือกแบบนี้</b>	<b>เลือกแบบนี้</b>	<b>เลือกแบบนี้</b>	<b>เลือกแบบนี้</b>

**คลิก เลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ**





ผู้เอาประกันภัย

**กรอก รายละเอียดข้อมูลผู้เอาประกันภัยให้ครบถ้วน**

ข้อมูลส่วนตัว

อีเมล  ยืนยันอีเมล

เบอร์โทร

เลขบัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง

หมายเลขบัตรประชาชน

ชื่อจริง (ภาษาไทย)  นามสกุล (ภาษาไทย)

วัน / เดือน / ปีเกิด

ที่อยู่ (ภาษาไทย)

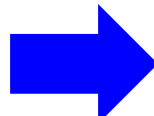
บ้านเลขที่ <input type="text"/>	หมู่ <input type="text"/>	ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน <input type="text"/>	ซอย <input type="text"/>	ถนน <input type="text"/>
จังหวัด <input type="text"/>	อำเภอ/เขต <input type="text"/>	ตำบล/แขวง <input type="text"/>	รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/>	

ผู้รับผลประโยชน์

ทายาทตามกฎหมาย  อื่นๆ

วันที่คุ้มครอง

05/11/2021 ถึง 05/11/2022



รายละเอียดเพิ่มเติม

1. ท่านกำลังป่วยเป็นหรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูก/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมะเร็ง โรคออดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีอวัยวะส่วนใด ผิดการบ้างหรือไม่

เคย / มี  ไม่เคย / ไม่มี

2. ท่านเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพ ดังนี้ จักรยานยนต์รับจ้าง / คนงานก่อสร้าง / ช่างยนต์ / กรรมกร / พนักงานเหมือง / ชาวประมง / พนักงานทำความสะอาดกระจก /ช่างไฟฟ้า / ยาม / พนักงานดับเพลิง / นักแสดงสตูดิโอ / พนักงานขับรถโดยสาร/คนขับรถแท็กซี่ / คนขับรถขนส่งประจำทาง / นักแข่งรถ / นักมวย / นักประดาน้ำ / นักบินเขา / พนักงานชุดเจาะ / คนขับเรือ/ อาสาสมัครกู้ภัย / พนักงานติดตั้งเสาอากาศ / พนักงานติดตั้งป้ายโฆษณา / นักศึกษาแบบช่าง/ พนักงานส่งเอกสาร / คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม /คนงานในโรงงานผลิตแก๊ส / พนักงานเข็กระจกอาคารสูง หรืออาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในระดับเดียวกัน

เคย / มี  ไม่เคย / ไม่มี

3. ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเวนคืนภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ไม่มีความประสงค์ ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

**ระบุข้อมูลเพิ่มเติม**

**เลือกวันที่เริ่มคุ้มครอง**  
หมายเหตุ  
\* กรณีเลือกความคุ้มครองเป็นวันปัจจุบัน จะชำระได้ 3 ช่องทางคือ  
• เครดิตการ์ด / เดบิต  
• Scan to Pay  
• ShopeePay  
\*\* กรณีเลือกความคุ้มครองเป็นวันถัดไป จะสามารถชำระผ่านช่องทางเคาน์เตอร์ได้

**ระบบ Default วันคุ้มครองเป็นวันปัจจุบัน**

### ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จ / กรมธรรม์

- ตามที่อยู่ด้านบน
- ที่อยู่อื่น

**เลือก ช่องทางการรับใบเสร็จ และกรมธรรม์**

### วิธีการรับกรมธรรม์

- รับกรมธรรม์เฉพาะทางอีเมล
- รับกรมธรรม์ทางอีเมลและไปรษณีย์ (ไปรษณีย์จะถูกจัดส่งภายใน 7-14 วันทำการ)

### แบบฟอร์มการให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

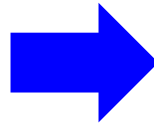
ข้าพเจ้าได้อ่าน เข้าใจ และรับทราบรายละเอียดในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ("นโยบาย") ของบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามรายละเอียดที่ปรากฏใน นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และเข้าใจดีว่าบริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าโดยปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวซึ่งได้จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอันได้แก่ ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ สถานที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ ข้อมูลที่ใช้ระบุตัวตนทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ให้อำนาจบริษัทฯ หรือที่บริษัทฯ ได้รับความติดต่อสื่อสาร หรือการให้บริการแก่ข้าพเจ้า หรือจากแหล่งข้อมูลซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลไว้แล้ว เพื่อให้บริษัทฯ สามารถนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่

- ยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไข

**ต่อไป**

**คลิกยอมรับเงื่อนไขและข้อตกลง และ กดต่อไป**



- รายละเอียดแผนเบื้องต้น
- แผนประกัน
- รายละเอียดส่วนบุคคล
- 4 สรุปความคุ้มครองและชำระเงิน

### ข้อมูลผู้เอาประกัน

ชื่อผู้เอาประกันภัย	นายทศสอม ระบบบ	วันเดือนปีเกิด	04/11/2006
เลขบัตรประชาชน	1100800379915	เบอร์โทรศัพท์	022392023
ที่อยู่ผู้เอาประกัน	199 ตำบล สุรศักดิ์ อำเภอ ศรีราชา จังหวัด ชลบุรี 20110	ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ	199 ตำบล สุรศักดิ์ อำเภอ ศรีราชา จังหวัด ชลบุรี 20110

### อีเมลสำหรับจัดส่งเอกสาร

siriwatu@dhipaya.co.th


### รายละเอียดกรมธรรม์

แผนประกันภัย	PA Super Plus แผน 2	ทุนประกันภัย	100,000 บาท
วันเริ่มต้นคุ้มครอง	19/07/2023	วันสิ้นสุดคุ้มครอง	19/07/2024


### ราคาเบี้ยประกันรวม

**850.00 บาท**

### ช่องทางการชำระเงิน




บัตรเครดิต / เดบิต



QR Code



ShopeePay





Scan to Pay


### ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกัน


- ยอมรับเงื่อนไขการซื้อประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ผ่านเว็บไซต์


**ชำระเงิน**

## ช่องทางการชำระเงิน


 **บัตรเครดิต / เดบิต** 

 **QR Code**

 **Scan to Pay**


 **ShopeePay**


สำหรับลูกค้าที่เลือกเริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร  
ชำระผ่านช่องทางบัตรเครดิต/เดบิต

ไทย 


**Dhipaya Insurance Public Company Limited**  
2307RY000185  
850.00 THB

**กรอกข้อมูลบัตรเครดิต/บัตรเดบิต**

บัตร 


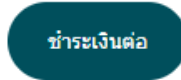
หมายเลขบัตร  
5555-5555-5555-4444 

วันหมดอายุ  
คค/ปป

รหัส CVV/CV2 

ชื่อผู้ถือบัตร (ภาษาอังกฤษ)

อีเมล  
siriwatu@dhipaya.co.th

**คลิกเพื่อชำระเงินต่อ**

## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



เครดิตการ์ด / เดบิต



**เคาน์เตอร์**



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือก**เริ่มต้นความคุ้มครองในวันถัดไป**  
ชำระผ่านช่องทางเคาน์เตอร์

ภาษาไทย

ชื่อแนะนำ

ท่านกำลังชำระค่าสินค้าและบริการให้กับ

**Dhipaya Insurance Public Company Limited (multicurrency)**

รายละเอียดสินค้า: XXXXXXX

หมายเลขคำสั่งซื้อ: 2105LX000040


จำนวน: 250.00 THB

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10700  
เว็บไซต์: <http://www.tipinsure.com/multicurrency>


เลือกธนาคารที่ต้องการชำระ

ชำระผ่านเคาน์เตอร์


โปรดเลือกธนาคาร




ธนาคารไทยพาณิชย์




SCB ไทยพาณิชย์




Bangkok Bank ธนาคารกรุงเทพ




ธนาคารกรุงศรีอยุธยา




ธนาคารกรุงศรีอยุธยา



TMB



ธนาคารสยาม



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


## ช่องทางการชำระเงิน เคาน์เตอร์ 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



บัตรเครดิต / เดบิต



เงินสด



Scan to Pay



ShopeePay

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  
กรุณายำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ



ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code  
เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที  
กรุณายำปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงิน  
สำเร็จ

## ช่องทางการชำระเงิน <sup>?</sup>



บัตรเครดิต / เดบิต



เงินสด



Scan to Pay



ShopeePay

สำหรับลูกค้าที่เลือก **เริ่มต้นความคุ้มครองในวันที่สมัคร** ชำระผ่าน ShopeePay

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

**2c2p**

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

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



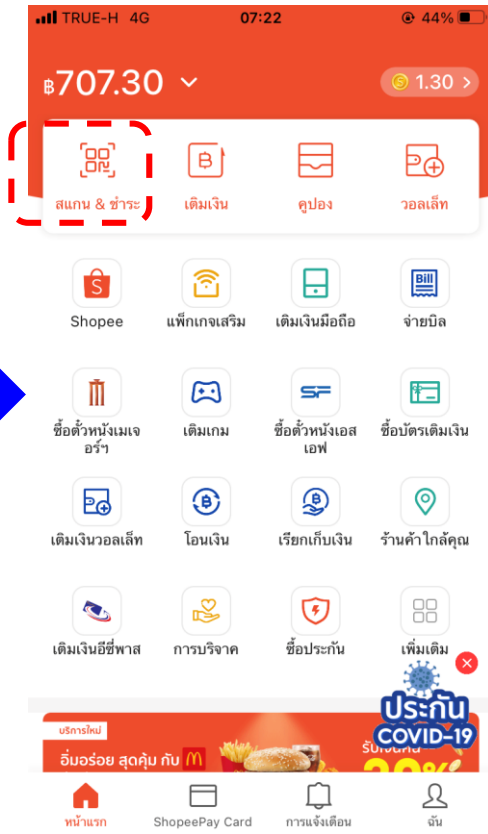
ลูกค้าดำเนินการ Scan QR Code เพื่อจ่ายเงินให้เสร็จภายใน 10 นาที กรุณาอย่าปิดหน้าจอ จนกว่าการชำระเงินสำเร็จ



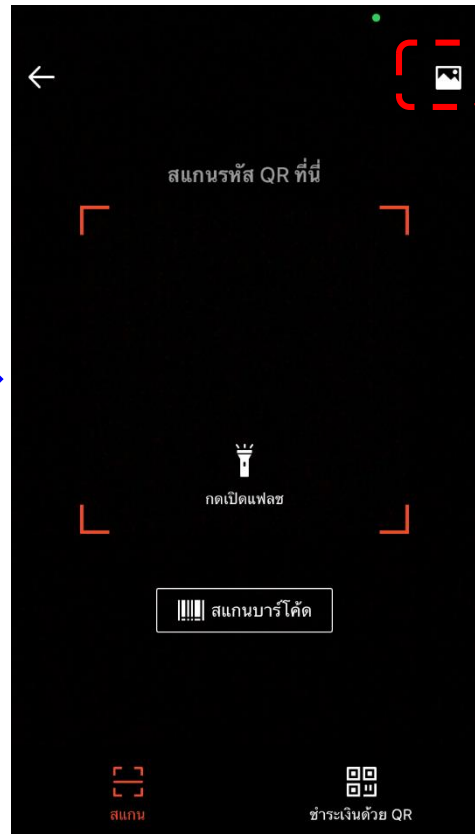
เลือกแอปพลิเคชัน  
Shopeepay ในมือถือ



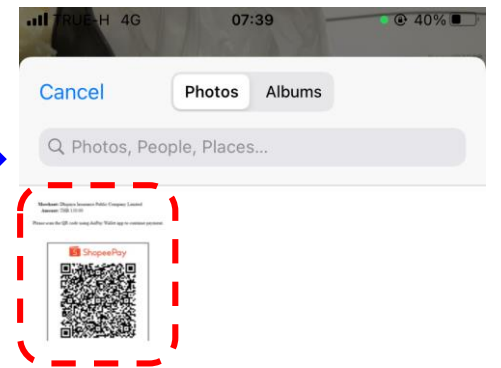
เลือกสแกน & ชำระ



เลือกอัลบั้มรูปภาพ




เลือกรูป QR Code ที่ได้แคปไว้






หน้าจอแสดงการชำระเงินสำเร็จ



**Dhipaya Insurance Public Company Limited**

2307NJ000198

850.00 THB



**การทำธุรกรรมที่ประสบความสำเร็จ**

บันทึกเลขที่ใบแจ้งหนี้ **2307NJ000198** เพื่อใช้  
อ้างอิงในอนาคต.

สำหรับข้อสงสัยเพิ่มเติมหรือความช่วยเหลือ  
โปรดติดต่อ [support@2c2p.com](mailto:support@2c2p.com)

ระบบจะนำท่านไปหน้าเว็บไซต์อื่นใน 5 วินาที

กลับไปยังร้านค้า

หน้าจอแสดงทำรายการสำเร็จ พร้อมข้อมูลกรมธรรม์



**ทำรายการสำเร็จ**

บริษัทจะส่งเอกสารการรับประกันภัย  
ตามอีเมลที่คุณระบุไว้

**ข้อมูลกรมธรรม์**

Invoice Number	2307NJ000198
ชื่อผู้เอาประกันภัย	นาย ศิริวัตร อัมพรพิพัฒน์
เลขที่กรมธรรม์	14001-151-230021675
วันที่เริ่มคุ้มครอง	19 กรกฎาคม 2566
วันสิ้นสุดคุ้มครอง	19 กรกฎาคม 2567
แผนประกันภัย	PA-SUPER-PLUS-PLAN-2
ทุนประกัน	100,000 บาท



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


ยืนยันการชำระเงินสำเร็จ รายการหมายเลข :: 2111VB000755 (ทดสอบ) Affinity Program.

**Dhipaya Tipinsure.com** <no-reply@dhipaya.co.th>  
 5/11/2021 22:27

ถึง: Siriwat Umpornpipat (Financial Institution Business);

สิ่งแนบมา 1 รายการ

2111VB000755.pdf



**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล**

ส่วนบุคคล

บริษัทฯ คุ้มครองแบบกรมธรรม์ประกันภัยของท่านมาที่อีเมลนี้

PLEASE DO NOT REPLY.

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

**ตารางกรมธรรม์ THE SCHEDULE**  
 ขอบเขตคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล (ขอผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ (Online))  
 คุ้มครอง 24 ชั่วโมงทั่วโลก 24 Hours Worldwide Coverage

รหัสบริษัท DHP Company Code	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 14001-151-210032873 Policy No.	เลขที่บัตรประชาชน / ID No. 1100000379915
1. ผู้เอาประกันภัย : ชื่อและที่อยู่ The Insured : Name and Address <b>นาย พงศธร จงชุม วานนท์ 199 ตำบล สุขคีรี อำเภอ ศรีราชา จังหวัด ชลบุรี 20110</b>		อาชีพ / Occupation ชั้นอาชีพ / Occupation Class 014 / Age 15 ปี
2. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address <b>พยานานภพพานิช</b>		ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Insured
3. ระยะเวลาประกันภัย : 1 ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน 2564 เวลา 12:01 น. ถึงสิ้นสุดวันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 เวลา 16:00 น. Period of Insurance From to at		
4. ขีดจำกัดความรับผิด : กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะของอาการบาดเจ็บทางร่างกายของผู้ที่ผู้เอาประกันภัยเท่านั้น Limit of Liability : This policy affords coverage only with respect to such result from bodily injury for which the insured is named		
ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบมา Insuring Agreement / Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Bath)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท หรือ วัน) Deductible (Bath or days)
		เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Bath)
		เบี้ยประกันภัยส่วนเกินเพิ่มเติม Additional Premium
		ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount
		เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium
		ภาษี Tax
		ภาษี Duty
		เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium
<input checked="" type="checkbox"/> ประกันภัยโดยตาราง	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันภัย	<input type="checkbox"/> นายทนายประกันภัย
Agent	Broker	Licensed No.
วันที่สัญญาประกันภัย 5 พฤศจิกายน 2564 Agreement made on	วันที่ออกกรมธรรม์ประกันภัย 5 พฤศจิกายน 2564 Policy issued on	

THIS IS TEST POLICY

เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัทฯ โดยบุคคลผู้มีอำนาจดำเนินการของบริษัทฯ ได้ขอขานชื่อและประทับตราของบริษัทฯ ไว้เรียบร้อยแล้ว อนึ่ง บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในอำนาจของบริษัทฯ  
 As evidence the Company has issued this policy to be signed by duly authorized persons and the Company's stamp to be attested at its office.

ตัวอย่าง หน้าตาราง  
กรมธรรม์ E-Policy

## ช่องทางการเคลม

กรณีเรียกร้องค่าสินไหม สอบถามรายละเอียด หรือจัดส่งเอกสาร สามารถติดต่อได้ตามช่องทางด้านล่าง

1. Hotline คำนรรักษาพยาบาลสุขภาพและอุบัติเหตุ (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](mailto:claim_ah@dhipaya.co.th)
5. ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ชั้น 15 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

### # กรณีการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

1. สำเนาใบมรณบัตร
2. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังทั้งหมด
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยที่มีการจำหน่าย " ตาย "
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน (กรณีผู้รับประโยชน์บรรลุนิติภาวะ)
6. สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ / พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
7. สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นชาวต่างประเทศ)
8. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและศพพลภาพ (A02)
9. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
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)



## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

### หมายเหตุ:

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

เอกสารใด ๆ ตามรายการข้างต้นนี้ถ้าท่านไม่สามารถจัดส่งให้บริษัทฯ ได้ จะต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อบริษัทฯ จะได้พิจารณาตามความเหมาะสมต่อไป

**### หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น**



## การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

### # กรณีเรียกร้องค่าสินไหมชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

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

### # กรณีเรียกร้องค่าสินไหมอุบัติเหตุค่ารักษาพยาบาล


1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวมต้องมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้างบบประกอบด้วย)
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุชื่อโรค การเกิดเหตุ อาการและบริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน รวมทั้งระยะเวลาการรักษา
3. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)



## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01)

## ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ (A02)

 **แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01)**



**บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)**

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

**A01**

หนังสือแจ้งในเชิงลบ

( ) ทำรักษาพยาบาล ( ) ทำรักษาทันตกรรม ( ) ทำตรวจร่างกายโดยละเอียดเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  
( ) เสียชีวิต ( ) เริ่มป่วยด้วยโรคร้ายแรง ( ) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ( ) อุบัติเหตุเสียชีวิต ( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ( ) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้ประกอบการ/ผู้ซื้อกรมธรรม์กรณีสัญญากรมธรรม์

- ชื่อสกุลของผู้ประกอบการ/ผู้ซื้อกรมธรรม์ ..... กศ..... ตย..... ปี..... อ.ช.ช.....  
สถานที่เกิดอยู่ปัจจุบัน ..... สาขา..... โทรศัพท.....  
มีกรณีสัญญากรมธรรม์ประกันภัยกับที่.....
- กรณีทำรักษาพยาบาล / ทำตรวจร่างกายโดยละเอียดเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาระบุส่วนหน้าหนังสือแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน)  
โอนเข้าบัญชีธนาคาร ..... สาขา.....  
ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี.....
- กรณีเจ็บป่วย (กรณีเสียชีวิต) ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ICU ( ) อื่นๆ  
3.1 ชื่อโรงพยาบาล ..... วันที่เข้ารับรักษา ..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....  
3.2 อาการเจ็บป่วย.....  
3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....  
3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาและรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....  
3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....  
3.6 ได้รับการรักษาโดย ( ) การผ่าตัด ( ) การฉีดยา ( ) การฉีดยา ( ) รับประทาน ( ) อื่นๆ (ระบุ).....  
3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
- กรณีการกรณีสัญญากรมธรรม์ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอาการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุตั้งแต่วันตรวจการกรณีสัญญากรมธรรม์  
4.1 สถานที่เกิดเหตุ.....  
4.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....  
4.3 เหตุการณ์ซึ่งได้เกิดอย่างไร (ระบุรายละเอียด).....  
4.4 ลักษณะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ.....  
4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....  
4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับกรณีสัญญา..... วันที่ทำการรักษา.....  
4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก.....  
4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....  
4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....  
4.10 อาการรักษาตามเจ็บป่วย (ไม่ระบุรายละเอียด).....

5. กรณีที่เป็นคดี ขอให้ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งใด ท่านมีประกันหรือไม่..... อายุครบกี่..... ปี..... สิ้นขาด  
6. กรณีที่ได้รับสิทธิการกรณีสัญญากรมธรรม์ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย อสังการ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีหน้าที่หรือวาง  
การเช่นนี้ไปหรือประ พิจารณาการแพทย์ของข้าพเจ้า เป็นผลต่อข้อเท็จจริงทั้งหมดแล้ว บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง ส่วนเนื้อหาของ  
หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าใช้ได้และสมบูรณ์ตั้งแต่บัดนี้


ลงชื่อ..... ผู้ทำการแทน ..... ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการ/ผู้ซื้อ.....  
(.....) (.....)  
วันที่..... วันที่.....  
ความยินยอม.....  
(เฉพาะกรณีผู้ขอประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
1115 ถนนพหลโยธิน 3 แขวงดินแดง  
เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10120

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO., LTD.  
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,  
Nangnang, Bangkok 10120, Thailand.

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

 **ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ (A02)**



**ทิพยประกันภัย**

หนังสือแจ้งในเชิงลบ

**A02**

หนังสือแจ้งในเชิงลบ

**ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ**

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้ขอประกันภัย) .....

กรณีสัญญากรมธรรม์หรือข้อใดต่อไปนี้

- กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :
  - ไปตรวจพบที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ตามปกติเป็นครั้งแรก.....
  - ไปตรวจพบและเกิดอาการหรืออาการบาดเจ็บ.....
- กรณีการเจ็บป่วย :
  - ไปตรวจพบที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
  - ไปตรวจพบและเกิดอาการหรืออาการบาดเจ็บ.....
  - ผู้ป่วยมีอาการของโรคร้ายแรงตามค่าที่แพทย์ผู้รักษารักษาตาม.....
- ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓)
  - เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
  - อุบัติเหตุเสียชีวิต (เช่นหรือขาหรือตาของตมตมรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ
  - อุบัติเหตุเสียชีวิต (เช่นหรือขาหรือตาของตมตมรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอาการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การขาดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายความถึงการสูญเสียอวัยวะในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น)

  - ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
  - ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอาการเจ็บป่วย

(ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

  - เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือผู้ป่วยมีภาวะข้อไขข้ออักเสบ หรือ ภาวะอื่นใด ซึ่งได้ใช้ระยะเวลาไปไม่น้อยกว่า 1 ปี (ไปตรวจหรือรักษา) ✓
  - โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

หมายเหตุ ความเห็นทางการแพทย์ระบบประสาทต่อจรรยาบรรณเป็นผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายระบบประสาท  
เป็นวงกว้างมากกว่า 24 ชั่วโมง รวมถึงหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ (Major Complex Stroke) การตัดสินใจแบบสมบูรณ์ของหลอดเลือดในสมองและภาวะ  
เนื้อสมองตาย

  - ภาวะโคม่า (Coma)

หมายเหตุถึง การตรวจหรือหมอดูความรู้สึก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

  - ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นใดๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
  - ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อหายใจโดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆ ในการรักษาที่สามารถกลับมามีชีวิตได้ด้วยตัวเอง
  - สมองถูกทำลาย ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจประจำตัวใดๆ ได้อย่างถาวร
  - ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร ภายหลัง 30 วันนับจากวันที่สมองหรือหมอดูความรู้สึกเป็นครั้งแรก
  - ภาวะระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure)

หมายเหตุถึง การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้แบบปกติ และสูญเสียการทำงานของระบบหายใจ โดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆ ในการรักษาที่สามารถกลับมามีชีวิตได้ด้วยตัวเอง

  - ภาวะระบบสมองและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)

หมายเหตุถึง การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ในสมองล้มเหลว ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหว โดยสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ตลอดไป

  - อื่น ๆ ไปตรวจพบ .....
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคติดต่อ HIV หรือมี  
( ) ไม่ดีตรวจ ( ) ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจ.....

ลงชื่อแพทย์.....  
(.....)  
หมายเหตุใบอนุญาต..... ผู้ปฏิบัติชื่อ ราชูษา.....  
วันเดือนปีที่ให้ความเห็น .....

**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**





