



บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
 เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
<https://www.dhipayalife.co.th>



รายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีรณกรรม

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....นามนายจ้าง..... ใบรับรองเลขที่.....นามลูกจ้าง.....
 กรมธรรม์ประกันชีวิตสามัญเลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
 ชื่อ-สกุลของผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
 โทรศัพท์..... อีเมล..... คุณเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 วันที่มรณกรรม.....เวลา.....น. อายุ.....ปี สาเหตุแห่งมรณกรรม.....สถานที่ที่ถึงแก่กรรม.....
 ความเจ็บป่วยครั้งนี้นำมาผู้ตายมีอาการหรือเริ่มป่วยตั้งแต่เมื่อใด.....ชื่อของแพทย์ที่ทำการรักษาขณะถึงแก่กรรม.....สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....

ในระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา ผู้ตายมีอาการและทำการรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย / บาดเจ็บอุบัติเหตุหรือไม่ โปรดระบุ

วันที่เข้ารับการรักษา	โรค หรือ อาการที่ทำการรักษา	ชื่อแพทย์	สถานพยาบาล

ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดหรือไม่

ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์	วันที่เริ่มทำสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพที่มีความอ่อนไหว ที่ปรากฏในเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั้งหมด เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินตามสัญญากรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่ตัวแทน นายหน้าหรือผู้ให้บริการซึ่งเป็นคู่สัญญาฝ่ายที่สามเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์เดียวกันข้างต้น ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดใน https://www.dhipayalife.co.th/privacy_policy_2563 เรียบร้อยแล้ว

มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์กรหรือบุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายตามกฎหมายเพื่อดำเนินการ ติดต่อขอรับประวัติดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าดำเนินการเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารข้างต้นฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯทุกประการ

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ (ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล)/ ผู้มอบอำนาจและผู้ให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติ
 (.....)
 ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน
 (.....) (.....)