



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. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทศพดภาพ (A02) 
9. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
10. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ ที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (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 โดยเจ้าของเอกสารหรือทายาท โดยธรรม หรือผู้มีสิทธิตามกฎหมาย
2. ในกรณีชื่อหรือนามสกุล ไม่ตรงกับข้อมูลของบริษัทฯ จะต้องมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อหรือนามสกุล หรือทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์
3. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ บริษัทฯ จะจ่ายให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้เป็น ผู้ปกครองเป็นผู้รับเงินแทนผู้เยาว์
4. ในกรณีที่มีผู้รับประโยชน์คนเดียวและผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายให้ผู้ซึ่งศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้จัดการมรดกของผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับเงิน



5. ในกรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคนและผู้รับประโยชน์บางคนเสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย โดยผู้เอาประกันภัยมิได้แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์มายังบริษัทฯ สินไหมทดแทนจ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ที่เหลือคนละส่วนเท่าๆกัน
6. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 15 วันหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

เอกสารใด ๆ ตามรายการข้างต้นนี้ถ้าท่านไม่สามารถจัดส่งให้บริษัทฯ ได้ จะต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อบริษัทฯ จะได้พิจารณาตามความเหมาะสมต่อไป

หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

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

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

<p>1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....</p>
<p>2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....</p>
<p>3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ 3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 3.2 อาการเจ็บป่วย..... 3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การฉีดยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....</p>
<p>4. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/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).....</p>
<p>5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์</p>
<p>6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)



ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย)

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ.....

2. กรณีการเจ็บป่วย

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย.....
- ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้นานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาจากท่าน.....

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 ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นใดได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

- เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ หรือผู้ป่วยมีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า ๑ ข้อก็ได้ ดังระบุต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

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

ภาวะโคม่า (Coma)

หมายความว่า การสลบหรือหมดความรู้สึก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- 1) ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นใดๆทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- 2) ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพยุงชีพโดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง
- 3) สมองถูกทำลาย ทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใดๆได้อย่างถาวร
- 4) ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร ภายหลัง 30 วันนับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกเป็นวันแรก

ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

หมายความว่า การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้ตามปกติ และสูญเสียการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายได้อย่างถาวร หรือต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพยุงชีพ โดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง

ภาวะระบบสมองตายและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)

หมายความว่า การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ในสมองล้มเหลว ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหว ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ตลอดไป

อื่น ๆ โปรดระบุ

4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือ HIV หรือไม่

- () ไม่ได้ตรวจ () ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจเลือดนั้น

ลงชื่อแพทย์.....

()

หมายเลขใบอนุญาต ผู้มีบัตร/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น



สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (สร.กฟผ.)
53 หมู่ 2 ถนนจรูญสนิทวงศ์ บางกรวย นนทบุรี 11130
URL <http://www.lu.egat.co.th> Intranet <http://lu.egat.co.th> E-mail: egatlu@egat.co.th
โทร. 0 2436 5970 -1 , 0 2436 5974 - 5 โทรสาร. 0 2436 5978 - 9

เอกสารประกอบการเคลมเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิต

ลำดับ	รายการเอกสารของผู้เสียชีวิต	ใช้เอกสาร
1	สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เสียชีวิต)	✓
2	สำเนามรณะบัตร	✓
3	สำเนาทะเบียนบ้าน (ประทับคำว่าตาย)	✓
4	หนังสือรับรองการตาย (กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล)	✓
5	หนังสือแจ้งตาย กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน (กรณีเสียชีวิตที่บ้าน)	✓
6	สำเนาบันทึกรประจำวัน (กรณีเสียชีวิตอุบัติเหตุ ถ้ามี)	✓
7	สำเนาชั้นสูตรพลิกศพ (กรณีเสียชีวิตอุบัติเหตุ)	✓
8	ประวัติการรักษาพยาบาล (กรณีเสียชีวิตอุบัติเหตุ ที่ไม่เสียชีวิตทันที)	✓
9	สำเนาใบเปลี่ยนชื่อนามสกุล (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)	✓
ลำดับ	เอกสารของผู้รับผลประโยชน์ กรณีผู้เอาประกันระบุเอาไว้	เอกสารที่ใช้
1	กรอกใบคำแถลงผู้อ้างสิทธิบริษัทประกัน (สำหรับผู้รับผลประโยชน์)	✓
2	สำเนาบัตรประชาชน	✓
3	สำเนาทะเบียนบ้าน	✓
4	สำเนาทะเบียนสมรส / สำเนาเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)	✓
5	 ถ่ายรูปภาพตนเอง พร้อมถือบัตรประชาชน 1 ใบ	✓
6	กรณีมีประกันอุบัติเหตุมีค่ารักษา(ค่าปลงศพ) จ่ายค่าเบี้ยประกันส่วนของผู้เสียชีวิตให้กับ บริษัททิพย ฯ บัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่ <u>056-1-05949-7</u> ค่าเบี้ยนับหลังจากเดือนที่เสียชีวิต ถึงเดือน ธันวาคม พร้อมแนบสลิปการโอนมาพร้อมเอกสารเคลมค่าปลงศพ	✓

หมายเหตุ:เอกสารทุกอย่างให้เซ็นต์ชื่อรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย





แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

() ค่ารักษาพยาบาล () ค่ารักษาทันตกรรม () ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 เสียชีวิต () เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว อื่นๆ **ปลงศพ**

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

①	ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน	เพศ.....	อายุ.....	ปี.....	อาชีพ.....
	สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....				โทรศัพท์.....
	เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....				
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน)					
	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 () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....				
4. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้					
4.1	สถานที่เกิดเหตุ.....				
4.2	วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....				
4.3	เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....				
4.4	อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล.....				
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 ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์				
6.	กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์				

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

✎ ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน (.....) วันที่...../...../..... ความสัมพันธ์..... (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)	ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย (.....) วันที่...../...../.....
--	--

