



ทิพย์ประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ClaimNo. 0001-4002-2254928

ห้องโยกเรือวัดในสังคม

ที่ 176363/256

วันที่ 10 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ

4 ถนนพหลโยธิน อำเภอเมืองประเทศ จังหวัดสระแก้ว 27120

โรงพยาบาลรัฐประเทศ  
เลขรับที่ 4434  
วันที่ 22 ส.ค. 65  
เวลา 11:29

ด้วย น.ส.เบญญาภา คงชุ่มชื่น เลขที่บัตรประชาชน 1409900367353 กรมธรรม์ที่ 14002-948-212841361 ผู้เอาประกันภัยของบริษัท เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เข้ารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลของท่านระหว่างวันที่ 14 มีนาคม 2565 - 18 มีนาคม 2565 บริษัท ขอทราบว่าคุณป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือ Hospitel และผู้ป่วยมีอาการที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ที่ต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในตามแนวทางเวชปฏิบัติ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่

บริษัท ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดยืนยันการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในตามแบบด้านล่างนี้ และกรุณาส่งกลับไปที่ Email:claimsabai@dhipaya.co.th เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

☒ เพื่อโปรดทราบ ขอรับรองว่าเอกสารนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ และไม่นำไปใช้ในทางอื่น

☒ เพื่อโปรดพิจารณา กรณีมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถาม คุณเพชรวิไล เผือกสุวรรณ 02-239-2421

☒ เห็นควรมอบ..... บริษัท ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออันดีของท่านมา ณ โอกาสนี้

☐ อื่นๆ ..... จ.นครศรีธรรมราช

ขอแสดงความนับถือ

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการฝ่ายสินไหมสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

แบบยืนยันการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

วันที่.....

โรงพยาบาล.....ได้ตรวจสอบแล้ว พบประวัติการรักษาของบุคคลดังกล่าวตามที่บริษัทฯ ได้ร้องขอ

บุคคลดังกล่าวเข้าพักรักษาตัวที่ ☐ โรงพยาบาล ☐ Hospitel.....

บุคคลดังกล่าว ☐ ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เนื่องจาก

☐ ไม่มีอาการอื่นๆ หรือสลายดี (asymptomatic) หรือ probable case

☐ มีอาการไม่รุนแรง (mild symptoms) ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ และ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

☐ มีความจำเป็นทางการแพทย์ตามแนวทางเวชปฏิบัติปัจจุบัน เนื่องจาก

☐ ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือ มีปอดอักเสบเล็กน้อย

☐ มีอาการปอดอักเสบ หรือมีค่าออกซิเจนน้อยกว่า 94%

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ผู้ป่วยอาการเข้าเกณฑ์ ☐ สีเขียว ☐ สีเหลือง ☐ สีแดง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา

โรงพยาบาล

ลงนาม.....