



ทิพย์ประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ClaimNo. 0001-4002-22136728

ห้องใหญ่กวีวัดในสังคม

ท 176915/256 วันที่ 16 สิงหาคม 2565
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอภัยประเทศ
4 ถนนพหลโยธิน อำเภออภัยประเทศ จังหวัดสระแก้ว 27120

โรงพยาบาลอภัยประเทศ
เลขรับที่ 4439
วันที่ 22 ส.ก. 65
เวลา 11:30

ด้วย นางกณฐนา เยาว์ เลขที่บัตรประชาชน 3330800801913 กรมธรรม์ที่ 14002-108-211957272
ผู้เอาประกันภัยของบริษัทฯ เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เข้ารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลของท่านระหว่างวันที่
19 พฤษภาคม 2565 - 27 พฤษภาคม 2565 บริษัทฯ ใดขอทราบว่าคุณป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือ Hospitel และ
ผู้ป่วยมีอาการที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ที่ต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในตามแนวทางเวชปฏิบัติ กรณีโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่

บริษัทฯ ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดยืนยันการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในตามแบบด้านล่างนี้ และกรุณา
ส่งกลับไปที่ Email: claimsabai@dhipaya.co.th เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของ
ผู้ป่วยในฐานะผู้เอาประกันภัยที่จะได้รับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนอย่างรวดเร็วถูกต้องและเป็นธรรม ในการนี้บริษัทฯ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ กรณีมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถาม คุณเพชรวิไล เผือกสุวรรณ 02-239-2421
- ☒ เพื่อโปรดพิจารณา บริษัทฯ ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออันดีของท่านมา ณ โอกาสนี้
- ☒ เห็นควรมอบ... งานประกัน ขอแสดงความนับถือ
- ☐ อื่นๆ ผู้อำนวยการฝ่ายสินไหมสุภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยประเทศ

5

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

แบบยืนยันการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

วันที่.....

โรงพยาบาล.....ได้ตรวจสอบแล้ว พบประวัติการรักษาของบุคคลดังกล่าวตามที่บริษัทฯ ได้ร้องขอ

บุคคลดังกล่าวเข้าพักรักษาตัวที่ ☐ โรงพยาบาล ☐ Hospitel.....

บุคคลดังกล่าว ☐ ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เนื่องจาก

- ☐ ไม่มีอาการอื่นๆ หรือสบายดี (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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา

โรงพยาบาล

ลงนาม.....

