



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ClaimNo. 0001-4002-22113028

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

ที่ 176743/256 วันที่ 16 สิงหาคม 2565  
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์  
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเท  
4 ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว 27120

โรงพยาบาลรัฐประเท  
เลขรับที่ 4436  
วันที่ 22 ส.ค. 65  
เวลา 11:30

ด้วย นางสาวสุพัฒตรา มีเจริญชัย เลขที่บัตรประชาชน 1251000040174 กรมธรรม์ที่ 14002-108-211411423  
ผู้เอาประกันภัยของบริษัท เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เข้ารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลของท่านระหว่างวันที่  
05 เมษายน 2565 - 07 เมษายน 2565 บริษัทฯ ใ้ขอทราบว่าคุณป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือ Hospitel และ  
ผู้ป่วยมีอาการที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ที่ต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในตามแนวทางเวชปฏิบัติ กรณีโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่

บริษัทฯ ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดยืนยันการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในตามแบบด้านล่างนี้ และกรุณา  
ส่งกลับมายัง Email:claimsabai@dhipaya.co.th เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของ  
ผู้ป่วยในฐานะผู้เอาประกันภัยที่จะได้รับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนอย่างรวดเร็วถูกต้องและเป็นธรรม ในการนี้บริษัทฯ  
ขอรับรองว่าเอกสารนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ และไม่นำไปใช้ในทางอื่น

เรียน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเท

☒ เพื่อโปรดทราบ

กรณีมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถาม คุณเพชรวิไล เผือกสุวรรณ 02-239-2421

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

บริษัทฯ ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออันดีของท่านมา ณ โอกาสนี้

☒ เห็นควรมอบ

งานประกันชีวิต

☐ อื่นๆ

ขอแสดงความนับถือ

ผู้อำนวยการฝ่ายสินไหมสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเท

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).....

ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ ☐ สีเขียว ☐ สีเหลือง ☐ สีแดง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรา

โรงพยาบาล

ลงนาม.....

