



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ClaimNo. 0001-4002-2265695

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

ที่ 179268/256 วันที่ 06 กันยายน 2565
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ
4 ถนนพหลโยธิน อำเภอเมืองประเทศ จังหวัดสระแก้ว 27120

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 4948
วันที่ 16 ก.ย. 65
เวลา 13:26

ด้วย น.ส.กรรณิกา ปัดจันทรัด เลขที่บัตรประชาชน 1251000059061 กรมธรรม์ที่ 14002-899-211036573
ผู้เอาประกันภัยของบริษัทฯ เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เข้ารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลของท่านระหว่างวันที่
22 มีนาคม 2565 - 26 มีนาคม 2565 บริษัทฯ ใ้ขอทราบว่าคุณป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือ Hospitel และ
ผู้ป่วยมีอาการที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ที่ต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในตามแนวทางเวชปฏิบัติ กรณีโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
[x] เพื่อโปรดทราบ
[x] เพื่อโปรดพิจารณา
[x] เห็นความชอบ
[] อื่นๆ
ส่งกลับไปที่ Email: claimsabai@dhipaya.co.th เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของ
ผู้ป่วยในฐานะผู้เอาประกันภัยที่จะได้รับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนอย่างรวดเร็วถูกต้องและเป็นธรรม ในการนี้บริษัทฯ
ขอรับรองว่าเอกสารนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ และไม่นำไปใช้ในทางอื่น
กรณีมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถาม คุณเพชรวิไล เมื่อวันศุกร์ 02-239-2421
บริษัทฯ ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออันดีของท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
16 ก.ย. 65

ขอแสดงความนับถือ

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการฝ่ายสินไหมสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
19 ก.ย. 2565

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.....

