

* 084 7258911

มาวัน 10 กรกฎาคม 107 ค.ร.บ.

บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400

โทร.02 247 0247 โทรสาร 02 246 9892

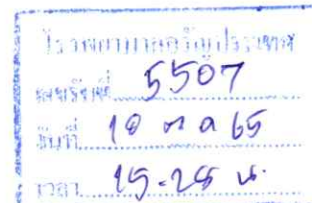
ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

วันที่ 4 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน แพทย์ผู้อำนวยการ/แพทย์ผู้ตรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา



ด้วย ด.ญ.ณัฐดามาศ การหนองใหญ่

ได้แถลงรายละเอียดกับบริษัทฯ ในการขอทำประกันชีวิต

ว่าเคยได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานี่นี้ และยินยอมให้ท่านเปิดเผยประวัติการรักษา ได้ตามหนังสือยินยอมที่แนบมานี้

บริษัทฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือมายังท่าน ได้โปรดให้สำเนารายละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ของสถานพยาบาล โดยบรรจุใส่ซองของสถานพยาบาล พร้อมปิดผนึกและประทับตราสถานพยาบาล บริษัทฯ ยินดีชำระค่าธรรมเนียมในการขอประวัติ โดยตัวแทนของบริษัทฯ จะเป็นผู้ดำเนินการ

ทั้งนี้ หากไม่ปรากฏว่าผู้ขอเอาประกันมีประวัติการรักษาในสถานพยาบาลแต่อย่างใด บริษัทฯ ใคร่ขอความกรุณาท่านหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กรอกแบบฟอร์มยืนยันไม่พบประวัติการรักษา พร้อมลงนามและประทับตราสถานพยาบาลตามรายละเอียดด้านล่างของหนังสือฉบับนี้

เรียน บริษัทฯ ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมืออันดีเยี่ยมมา ณ โอกาสนี้
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูเบศร

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นความชอบ QPD + นอนวัน 10 ต.ค. 65
☐ อื่นๆ

10 ต.ค. 65
นายราเชษฎ์ เสงี่ยม

(นายราเชษฎ์ เสงี่ยม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูเบศรผู้จัดการอาวุโส ส่วนพิจารณารับประกันแบบตรวจสุขภาพ 4
11 ต.ค. 2565

10 ต.ค. 65
10/31

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

10/31

(นางสาวจุฑามาศ เครือศรีคำ)

11/10/65

แบบฟอร์มยืนยันไม่พบประวัติการรักษา

วันที่.....

ตามที่บริษัทฯ ได้รับรองขอประวัติการรักษาพยาบาลของ ด.ญ.ณัฐดามาศ การหนองใหญ่

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว ไม่พบประวัติการรักษาของบุคคลดังกล่าวแต่อย่างใด

(ตราประทับสถานพยาบาล)

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่อ้างอิง 090730451

เรื่อง ดำเนินการเพิ่มเติม

SCAN

จากการพิจารณาการขอเอาประกันชีวิต

ค.ณ.ณัฐตามาศ การหนองใหญ่ (ZE430202)

ปรากฏว่า

1. ประวัติการเคลมของผู้ปกครองมีปัญหาบางประการ

ขอให้ผู้เอาประกันดำเนินการเพิ่มเติม ดังนี้

1. ให้แปลงแบบฟอร์มแบบฟอร์มโควิดมาประกอบ

2. ให้มารดา (คบ.) แปลงแบบสอบถามการหายป่วยจากโรคโควิด-19

ขอให้ผู้ปกครอง คบ. ดำเนินการเพิ่มเติม ดังนี้

1. ให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้เยาว์(หากมี)

โดยระบุชื่อสถานที่รักษา เลขที่บัตรคนไข้ วันเดือนปีที่เข้ารับการรักษารวมทั้ง

แนบภาพถ่ายบัตรคนไข้ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง มอบให้ฝ่ายขายนำไปขอประวัติการรักษา เพื่อมาประกอบการพิจารณา

2. ให้ผู้ปกครอง คบ. เซ็นใบยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาที่ รพ.อรัญประเทศ

มอบให้ฝ่ายขายนำไปขอประวัติการรักษา เพื่อนำมาประกอบการพิจารณา

หมายเหตุ 1. ทั้งนี้ การเบิกค่าธรรมเนียมในการตรวจให้เป็นไปตามระเบียบการตรวจสุขภาพ (UW1-3/02)

แนบ 1. แบบสอบถามการหายป่วยจากโรคโควิด-19

2. ใบยินยอมเปิดเผยประวัติ (สำหรับผู้เยาว์)

3. ใบขอประวัติการรักษา (APS)

4. ใบยินยอมเปิดเผยประวัติ

5. ใบขอประวัติการรักษา (APS)

6. แบบฟอร์มโควิด

7. (สนญ.จะจัดส่งเอกสารตามไปภายหลัง)

(นางสาวจุฑามาศ เครือศรีคำ)

ผู้จัดการอาวุโส ส่วนพิจารณารับประกันแบบตรวจสุขภาพ 4

หมายเหตุ ให้ผู้จัดการภาคที่รับผิดชอบเซ็นรับทราบ ทั้งนี้ให้ดำเนินการภายใน 15 วัน นับแต่วันที่รับหนังสือ

หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อศูนย์บริการข้อมูลและทบทวนการรับประกัน 0-2306-9292 หรือ ศูนย์บริการข้อมูลตัวแทน 0-2202-9797



**ไทย
ประกัน
ชีวิต**

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชกาลินทร์ เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaillife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

แบบสอบถามเพิ่มเติม เพื่อคัดกรองโรคโควิด-19 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอาประกันชีวิต น.ส. อภิญญา มานะกุล วันที่ 10 มี.ค 2564

ถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันชีวิต เลขที่.....

☒ ข้าพเจ้าผู้ขอเอาประกันชีวิต ☐ ข้าพเจ้าในนามของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง ขอแถลงข้อมูลของผู้ขอเอาประกันชีวิต ดังนี้

ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านเคยได้สัมผัสใกล้ชิด กับบุคคลที่ติดกันตัว หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคโควิด - 19 หรือไม่
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ กรุณาระบุรายละเอียด
- ท่านเป็นผู้ที่ติดกันตัวเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อโรคโควิด -19 หรือไม่
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ กรุณาระบุรายละเอียด
- ท่านเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคโควิด - 19 หรือไม่ ? หากเคยกรุณาระบุรายละเอียด พร้อมนำส่งผลการตรวจ
☐ ไม่เคย ☐ เคย : ผลการตรวจ (☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบเชื้อ ☐ รอผลการตรวจ)
- ปัจจุบันท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และหรือท้องเสีย
☐ ไม่มีอาการใดๆ
☐ มีอาการ
สถานพยาบาล วันที่รักษา

5. ภายใน 14 วันที่ผ่านมา ท่านเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด - 19 หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย กรุณาระบุวัตถุประสงค์ และพื้นที่

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริง และรับทราบว่าหากไม่แจ้งความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบและยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ในเอกสารฉบับนี้ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ ประกันภัย ทั้งนี้ หากข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เพิกถอนความยินยอมที่ให้ไว้ จะส่งผลกระทบต่อกรรับประกัน การจ่ายเงินหรือการปฏิบัติตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

ลงชื่อ น.ส. อภิญญา มานะกุล

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม /

ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 1689 00043 22 3
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล ด.ญ. ณัฐดามาต การหนองใหญ่

Name Miss Natdamat

Last name Kannonghai

เกิดวันที่ 17 ก.ค. 2556

Date of Birth 17 Jul. 2013

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 27 หมู่ที่ 4 ต.ปากห้วย อ.อรัญประเทศ

จ.สระแก้ว

ร.ศ. 2563

วันออกบัตร

5 Aug. 2020

Date of Issue

(นายธนาคม จงจระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

16 ก.ค. 2572

วันบัตรหมดอายุ

16 Jul. 2029

Date of Expiry



2706-01-08050902

ร้านนกกระทา

นางสาว สมกมล การหนองใหญ่

BORA-10.7-07-2562



ประเทศไทย
THAILAND

ME2-1412980-59

(ต่อ 358181)

เลขที่หนังสือ 358181

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่อ้างอิง 090730451

9003242

ที่ 1114/304-358181/2565	จาก ส่วนพิจารณารับประกันแบบตรวจสุขภาพ 4	ถึง สาขาอุบลราชธานี
วันที่ส่ง 04/10/2565	วันที่รับ - 5 ต.ค. 2565	วันที่ตอบ

ศิริกานต์/ศิริกานต์/นิรุญ/ชาลิต