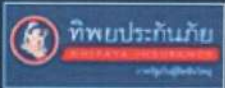


ส่งมอบ “ความห่วงใย” ให้กับ บุคลากร อส.

ด้วยประกันภัย COVID-19 & VACCINE

จาก กองทุนสวัสดิการสำนักงานอัยการสูงสุด



แผนความคุ้มครอง

กรมธรรม์คุ้มครองวันที่ 19/05/2564 - 18/05/2565

1. เจ็บป่วยด้วยสภาวะโคมาหรือเสียชีวิต จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาและผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน	100,000 บาท
2. ค่ารักษาพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเฉพาะผู้ป่วยในเท่านั้น)	10,000 บาท/ปี
3. ค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา (จ่ายตามจริง คนใกล้ชิดสูงสุดไม่เกิน 3 คน) *** สามารถเลือก ค่ารักษาพยาบาล หรือ ค่าชดเชยรายวันได้ 500 บาท/วัน สูงสุดไม่เกิน 20 วัน/ปี เฉพาะเข้ารับรักษาตัวโรงพยาบาล (IPD เท่านั้น)	10,000 บาท/ปี

กรมธรรม์ฉบับนี้มีระยะเวลาคุ้มครอง 14 วัน นับตั้งแต่วันเริ่มคุ้มครอง

การใช้สิทธิ ค่ารักษาพยาบาล ตามแผนประกัน

กรุณาแสดงบัตรประกันโควิด(อยู่ระหว่างการจัดส่งบัตร) ต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพร้อมบัตรประชาชน โดยไม่ต้องสำรองจ่าย

(หากสำรองจ่ายสามารถยื่นเอกสารขอเบิกเงินคืนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์)

การใช้สิทธิ ชดเชยรายวัน เตรียมเอกสารดังนี้

1. แบบฟอร์มคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายละเอียดค่าใช้จ่าย
2. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุชื่อโรคโควิด-19 และ ระยะเวลาการรักษา
3. สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาบัตรประกันภัย
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน

สถานที่ติดต่อเพื่อส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ฝ่ายสินไหมประกันสุขภาพ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10210

Hotline : 02 660 1221

โทร. 1736

สามารถแจ้งเคลมผ่านแอป TIP Flash Claim
(สแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อดาวน์โหลดแอป)





ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน **กรมธรรม์ประกันภัยโครโน่า**

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุค่ารักษาพยาบาล

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
(กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวมต้องมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้าบประกอบด้วย)
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุชื่อโรค การเกิดเหตุ อาการและบริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน รวมทั้งระยะเวลาการรักษา
3. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)

กรณีการเสียชีวิตเนื่องจากเจ็บป่วย อาการโคม่า หรือ การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เตรียมเอกสารดังนี้

1. สำเนาใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิตก่อนเบิกประกันภัย)
2. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังทั้งหมด
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต หรือ ผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย “ตาย” (กรณีเสียชีวิตก่อนเบิกประกันภัย)
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน (กรณีผู้รับประโยชน์บรรลุนิติภาวะ)
6. สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ / พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
7. สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นชาวต่างประเทศ)
8. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิต ทูพพลภาพและภาวะ โรคร้ายแรง (A02-1)
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์
10. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)
11. คำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก หรือหนังสือลำดับทายาทโดยธรรม (กรณีมิได้ระบุผู้รับประโยชน์ในกรมธรรม์หรือระบุผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)

หมายเหตุ:

1. เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนา จะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
2. ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นของผู้เอาประกันภัย
3. ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือ ข้างไหนของใคร พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
4. หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

หลวงโยภากวีรัตน์สิงคบุตร

5. ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครอง
6. ในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น





ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

A01

หลวงโยนกวิทยาลัย

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

() ค้ำรักษาพยาบาล () ค้ำรักษาทันตกรรม () ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
() เสียชีวิต () เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาระบุส่วนหน้าสมุดรณการมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....
3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ 3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 3.2 อาการเจ็บป่วย..... 3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การให้ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....
4. กรณีที่การรักษาไม่หายจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากกราดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากกราดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ 4.1 สถานที่เกิดเหตุ..... 4.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... 4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)..... 4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ..... 4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่..... 4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา..... 4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก..... 4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย..... 4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ)..... 4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)



ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิต ทูพผลกระทบและภาวะโรคร้ายแรง สินเชื่อปลอดภัยพิเศษ

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย)

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ.....

2. กรณีการเจ็บป่วย

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย.....
- ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้นานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาจากท่าน.....

3. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓)

- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้ตลอดไป)

- ทูพผลกระทบร้ายแรงจากอุบัติเหตุ
- ทูพผลกระทบร้ายแรงจากการเจ็บป่วย

(ทูพผลกระทบร้ายแรง หมายถึง ทูพผลกระทบถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การทำงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

- เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ หรือผู้ป่วยมี ภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า 1 ข้อก็ได้ ดังระบุต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓)

โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน (Major Stroke)

หมายความว่า การเกิดความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน อันมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองอันเนื่องมาจากการอุดตัน (Cerebral Thrombosis) หรือการแตก (Intracerebral Embolism) โดยมีหลักฐานการตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องกัน (ไม่รวมถึงอาการชา) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย.....วัน (ไม่เกิน 45 วัน) นับจากวันที่วินิจฉัยการวินิจฉัยต้องขึ้นต้นด้วยการตรวจพบการเปลี่ยนแปลงใหม่ของภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือคลื่นแม่เหล็ก (MRI)

ทั้งนี้ ไม่รวมถึง โรคเนื้อเยื่อสมองขาดเลือด (Infarction) หรือเลือดออกในกะโหลกศีรษะอันเนื่องจากการได้รับ การบาดเจ็บภายนอก และโรคสมองขาดเลือดแบบชั่วคราว (Transient Ischemic Attack หรือ Reversible Ischemic Neurological Deficit)

ภาวะโคม่า (Coma)

หมายความว่า การสลบหรือหมดความรู้สึกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ หรือประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon) และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- 1) ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพ
- 2) ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- 3) ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างหนึ่งอย่างใดอย่างถาวร ภายหลัง 30 วัน นับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึก

ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการสลบหรือหมดความรู้สึกที่มีสาเหตุโดยตรงจากการดื่มสุราหรือการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug Abuse)

ภาวะระบบสมองตายและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)

หมายความว่า การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ในสมองล้มเหลว ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ตลอดไป

ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness)

หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ และได้รับการลงความเห็นจากแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแผน

ปัจจุบันผู้ให้การรักษาว่าภาวะการเจ็บป่วยดังกล่าวจะเป็นเหตุให้เสียชีวิต และ/หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้: โรคมะเร็งลุกลามระยะที่ 4, โรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือรั้งชั้นรุนแรง หรือโรคปอดระยะสุดท้าย, โรคกล้ามเนื้อหัวใจระดับ 4, โรคไวรัสตับอักเสบชั้นรุนแรง, ตับวาย

อื่น ๆ โปรดระบุ

4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือ HIV หรือไม่

() ไม่ได้ตรวจ () ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจเลือกนั้น

ลงชื่อแพทย์.....
()

หมายเลขใบอนุญาต ภูมิภาค/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น