



ไทย
พัฒนา
ประกันภัย

บริษัท ไทยพัฒนาประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Thal Pattana Insurance Public Company Limited

34 ซอยสุขุมวิท 4 (นานาใต้) ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
34 Soi Sukhumvit 4 (Nana-Tai) Sukhumvit Road, Klongtoey, Klongtoey, Bangkok 10110
Tel. 0-2253-4141, 0-2253-4343 Fax. 0-2253-0550, 0-2254-5500 www.thaipat.co.th

รับเลขที่ ๑๕๖๖ / ๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ / ๓.๖ / ๒๕๖๖

ที่ รอ. 036/2568

303 หมู่ 16 ต.เหนือเมือง
อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000

04 กันยายน 2568

เรื่อง การรับประกันภัยไข้เลือดออก

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสว่าง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารประชาสัมพันธ์ประกันภัยไข้เลือดออก
2. ใบคำขอเอาประกันภัยไข้เลือดออก

ด้วย บริษัท ไทยพัฒนาประกันภัย จำกัด (มหาชน) เปิดให้บริการรับประกันวินาศภัย มาแล้วกว่า 78 ปี และ เป็นหนึ่งในบริษัทฯ สมาชิกของสมาคมชมรมประกันวินาศภัย โดยได้เปิดสาขาในจังหวัดร้อยเอ็ดเมื่อ ปี พ.ศ. 2540 ณ สำนักงานเลขที่ 303 หมู่ 16 ต.เหนือเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000 โทรศัพท์ 0-4351-5316

เนื่องด้วยประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงฤดูฝน ทำให้มีฝนตกลงมาในหลายพื้นที่รวมทั้งในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งทำให้เกิดน้ำขัง และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคระบาดไข้เลือดออกในหลายพื้นที่ บริษัท ไทยพัฒนาประกันภัย จำกัด (มหาชน) สาขาร้อยเอ็ด ใคร่ขอเสนอการให้บริการ “การรับประกันภัยไข้เลือดออก” ในส่วนราชการของท่าน เช่น ศูนย์เด็กเล็ก, โรงเรียน และ ชุมชน ฯลฯ เพื่อให้ความคุ้มครองในด้าน ค่ารักษาพยาบาล, วงเงินชดเชยรายวันจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และ ประหยัดเงินงบประมาณของส่วนราชการ โดยท่านสามารถแจ้งความประสงค์ “การทำประกันภัยไข้เลือดออก” ได้ที่บริษัท หรือ ติดต่อให้พนักงานมารับบริการในที่ทำการของท่าน จักเป็นพระคุณยิ่ง

ดังนั้น บริษัทฯ จึงเรียนมาเพื่อนำเสนอการให้บริการ “การรับประกันภัยไข้เลือดออก” ดังกล่าว ในหน่วยงานของท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บริษัทฯ จะได้รับใช้ท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสว่าง

— บริษัท ไทยพัฒนาประกันภัย (มหาชน) ขอแสดงความนับถือ

1๕๖๖ ๑๐/๓.๖/๒๕๖๖

— ๑๐/๓.๖/๒๕๖๖

(นายสมพงษ์ แก้วสุด)

โทรศัพท์ 043-515316
1๐๐ ก.ย ๒๕๖๘
โทรศัพท์มือถือ : 084 - 7512440

ขอแสดงความนับถือ

(นายพรตพร อาคมยะพันธ์)
ผู้จัดการสาขาร้อยเอ็ด

จำเอก

(บุญฤทธิ์ กลางประพันธ์)
หัวหน้าสำนักปลัด รักษาการแทนปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสว่าง
11 ก.ย. 68



QR Code line

(นายสงวน ชมภูทิพย์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสว่าง



ประกันภัย ไข้เลือดออก

Dengue Fever

เหมาะกับทุกคนและคนที่คุณห่วงใย
 รับเงินชดเชยหากต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ความคุ้มครอง	ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก		30,000	50,000	100,000
2. เงินชดเชยรายวันจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ชดเชยสูงสุด 30 วัน	(วันละ)	300	500	500
	เบี้ยประกันภัยสุทธิ	300	500	800
	เบี้ยประกันภัยรวม	323.14	537.14	860.28

(บาท)

เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยมีอายุระหว่าง 0-65 ปี
2. ระยะเวลารอคอยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 30 วัน (Waiting Period) นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก
3. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกก่อนการเอาประกันภัยหรือยังไม่ได้รักษาให้หายขาด
4. ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างชัดเจนและมีผลตรวจเลือด และ/หรือผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ และได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์
5. ผู้เอาประกันภัยสามารถทำประกันภัยไม่เกิน 1 ฉบับต่อคน
6. ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์

เอกสารประกอบการรับประกันภัย

1. ใบคำขอเอาประกันภัย
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย

บริษัท ไทยพัฒนาประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 สาขาร้อยเอ็ด
 303 ม.16 ต.เหนือเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000
 โทร. 043-515316 มือถือ 084-8741294



QR Code line



ไทยพัฒนาประกันภัย
Thai Pattana Insurance

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี
 น้าหนัก/ส่วนสูง..... /..... เชื้อชาติ / สัญชาติ..... เลขที่บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 อาชีพ..... สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด.....
 ผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ / หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

ความคุ้มครองระยะเวลา 1 ปี	จำนวนเงินเอาประกันภัย		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	30,000	50,000	100,000
เงินชดเชยรายวัน ในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล(ไม่เกิน 30วัน)	300	500	500
เบิกรวมภาษีอากร	323.14	537.14	860.28

เลือกแผนประกันภัยที่..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

☐ เงินสด ☐ ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....

คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1)ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2)ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3)ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ).....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิการชั้นบุตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย..... ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....

(.....)

☐ การประกันภัยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย.....ใบอนุญาตเลขที่.....

ก่อนยื่นของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865