

ใบคำขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง (PM 2.5) ปี 2023

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ น.ส. นามสกุล เลขที่ประจำตัวประชาชน (พร้อมแนบสำเนา)
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.)...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....
..... โทรศัพท์..... E-mail
อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้/เดือน..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน. บาท
ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ ต่อ.....

2. รายละเอียดผู้รับประกันภัย ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

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

4. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)	
	แผน 1	แผน 2
1. การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็น โรคร้ายแรง ดังต่อไปนี้ ● โรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม ● โรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือรื้อฟื้นรุนแรง / โรคปอดระยะสุดท้าย ● กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด ● โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน	50,000	100,000
2. ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก(OPD)เนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังหรือโรคตาแดง (จ่ายตามจริง สูงสุดไม่เกิน)	5,000 บาท / ปี	5,000 บาท / ปี
เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 1 - 65 ปี / คน / ปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	☐ 450	☐ 850

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1) ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคมะเร็ง เนื้องอกหรือก้อนเนื้อหรือตุ่มเนื้อหรือซิสต์ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดออกหรือผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนการทำการประกันภัย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบบี B,C โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูงที่เขยอนรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคนี้ คอเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 280 mg/dl โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคตับ โรคพิษสุราเรื้อรัง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ หรือไม่ ?

☐ เคย โปรดระบุ ☐ ไม่เคย

2) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น อันเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้รับการรักษา หรือยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรัง อื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆเป็นระยะเวลานานกว่า 14 วันหรือไม่ ?

☐ เคย โปรดระบุ ☐ ไม่เคย



3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ เคย โปรดระบุ ☐ ไม่เคย

4) ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

☐ มี โปรดระบุ ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท ☐ ไม่เคย

5) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ในอดีต ☐ ไม่สูบ ☐ เคยสูบบุหรี่ มวน สูบเป็นเวลานาน ปี

ปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบบุหรี่ มวน

6) ปัจจุบันท่านใช้ หรือเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยรับการรักษากับยาเสพติดให้โทษ หรือไม่?

☐ ใช้ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช้

7) บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวาย หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่?

☐ เคย / มี โปรดระบุบุคคลที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต.....

วันที่เข้ารับการรักษาหรือเสียชีวิต (เดือน/ปี).....

☐ ไม่เคย / ไม่มี

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

วันที่ขอเอาประกันภัย

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

☐ ลูกจ้างตรง

☐ ตัวแทน

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย

ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้