

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ (แผน TIP PA Senior)

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี
เลขประจำตัวประชาชน _____ อาชีพ _____
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ _____ รายได้อื่นๆ ปีละ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
ที่ทำงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
ผู้รับประกัน : _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____

ข้อตกลงคุ้มครอง (อบ.1)	ทุนประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อบ. 1) - อุบัติเหตุทั่วไป - การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย - การจับจีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000 100,000 100,000	300,000 300,000 300,000	500,000 500,000 500,000	1,000,000 1,000,000 1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	10,000	30,000	50,000	50,000
3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายในจากอุบัติเหตุ	10,000	30,000	50,000	50,000
4. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ (ต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000
5. ผลประโยชน์ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / สูงสุด 3 ครั้งต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000
6. ผลประโยชน์การขยายความคุ้มครองเงินเพิ่มเติมรายปี กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ 6.1 ค่าเลี้ยงดูรายปีกรณีผู้เอาประกันภัยสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ 6.2 เงินช่วยเหลือรายปี ให้กับบุตรหลานหรือผู้รับประโยชน์ กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	10,000 / ต่อปี จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น จำนวนเงิน 50,000	30,000 / ต่อปี จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น จำนวนเงิน 150,000	50,000 / ต่อปี จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น จำนวนเงิน 250,000	50,000 / ต่อปี จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น จำนวนเงิน 250,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี (บาท) / คน				
อายุ 55 -80 ปี (ต่ออายุได้ถึง 99 ปี)	☐ 1,200	☐ 2,700	☐ 4,200	☐ 6,000

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

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) _____
- ท่านขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่
☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
- ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่
☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
- ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่? ☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
- ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
- ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
- ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
- ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
- ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้ารับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/3



โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ (สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865