**ใบคำขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง (แผน CI 10)**

**CRITICAL ILLNESS INSURANCE APPLICATION FORM (CI 10 PLAN)**

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. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

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

4. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

| **ความคุ้มครอง** | **แผนประกันภัย และ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)** |
|---|---|
| ผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคร้ายแรง โรคใดโรคหนึ่ง ต่อไปนี้<br>• โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive Cancer)<br>• โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด (Acute Heart Attack)<br>• โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน (Major Stroke)<br>• โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Failure)<br>• ภาวะโคม่า (Coma)<br>• การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูก (Major Organs Transplantation or Bone Marrow Transplantation)<br>• การผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary Artery By-pass Surgery)<br>• ตับวาย (Chronic Liver Disease / End-stage Liver disease / Liver Failure)<br>• โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรังขั้นรุนแรง / โรคปอดระยะสุดท้าย (Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease / End-Stage Lung Disease)<br>• การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (Total Permanent Disability - TPD) | ☐ แผน 1 ทุนเอาประกันภัย 100,000<br>☐ แผน 2 ทุนเอาประกันภัย 200,000<br>☐ แผน 3 ทุนเอาประกันภัย 300,000<br>☐ แผน 4 ทุนเอาประกันภัย 400,000<br>☐ แผน 5 ทุนเอาประกันภัย 500,000 |

| 5. เบี้ยประกันภัยสุทธิ | อากรแสตมป์ | ภาษีมูลค่าเพิ่ม | เบี้ยประกันภัยรวม |
|---|---|---|---|
| ..... ... (บาท) | ..... (บาท) | ..... (บาท) | ..... (บาท) |



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD.
1115 Rama 3, Chong Nonsi
Yannawa, Bangkok 10120 Thailand

Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center
Fax: +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th

**ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย**

1) ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคมะเร็ง เนื้องอกหรือก้อนเนื้อ หรือตุ่มเนื้อ หรือซีสต์ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดออกหรือผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนการทำประกันภัย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบ B,C โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูงที่เคยนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคนี้ คลอเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 280 mg/dl โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคตับ โรคพิษสุราเรื้อรัง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ทุพพลภาพ พิการ หรือไม่?

○ เคย โปรดระบุ ..... ○ ไม่เคย

2) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น อันเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือ ยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรัง อื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่?

○ เคย โปรดระบุ ..... ○ ไม่เคย

3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือถูกปฏิเสธ การต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

○ เคย โปรดระบุ ..... ○ ไม่เคย

4) ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับทิพยประกันภัย หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

○ มี โปรดระบุ ชื่อบริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท ○ ไม่เคย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด 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

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....  วันที่ขอเอาประกันภัย

(.....)  วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

☐ **ลูกค้าตรง** ☐ **ตัวแทน** ☐ **นายหน้าประกันวินาศภัย .....  ใบอนุญาตเลขที่ .....**

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้



**บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)**
เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

**DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD.**
1115 Rama 3, Chong Nonsi
Yannawa, Bangkok 10120 Thailand

Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736
Fax: +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th