

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลและอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบพิเศษ
สำหรับแผน Happy Rider รายปี (Fixed)

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์.....
เลขบัตรประชาชน
 - วัน/เดือน/ปีเกิด เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
 - อาชีพ สถานที่ทำงาน โทรศัพท์.....
 - ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย:** เริ่มวันที่ เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.
ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ

รายละเอียดความคุ้มครอง	ผลประโยชน์ (บาท)					
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1)						
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป	50,000	50,000	100,000	100,000	150,000	150,000
1.2 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	50,000	100,000	100,000	150,000	150,000
1.3 การถูกฆาตกรรม หรือทำร้ายร่างกาย	50,000	50,000	100,000	100,000	150,000	150,000
2. ผลประโยชน์ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล						
ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล อันเนื่องมาจาก (สูงสุด 5 วัน ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง และไม่เกิน 30 วัน ต่อระยะเวลาเอาประกันภัย)						
2.1 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300/วัน	300/วัน	500/วัน	500/วัน	800/วัน	800/วัน
2.2 การเจ็บป่วย (มีระยะเวลารอคอย(Waiting Period) 30 วัน)	300/วัน	300/วัน	500/วัน	500/วัน	800/วัน	800/วัน
3. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ กรณีเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน และแบบผู้ป่วยนอก						
การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ กรณีเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน และแบบผู้ป่วยนอก สูงสุดต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	ไม่คุ้มครอง	5,000	ไม่คุ้มครอง	10,000	ไม่คุ้มครอง	15,000
เบี้ยประกันภัยรวม/ความคุ้มครอง 1 ปี						
แบบชำระรายปี						
	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 900	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 1,800	<input type="checkbox"/> 1,800	<input type="checkbox"/> 2,700

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษี)

คำถามเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของผู้ขอเอาประกันภัย

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือปรึกษาแพทย์ด้วยโรคหรือสาเหตุที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้หรือไม่? ได้แก่ เนื้องอก ก้อนเนื้อหรือซิสต์ที่ยังไม่ได้ผ่าตัดออก หรือผ่าออกแล้วผลชิ้นเนื้อไม่ปกติ หรือผ่าแล้วไม่เกิน 1 ปี จนถึงวันสมัครทำประกันภัย โรคเมเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)หรือเส้นเลือดสมองแตก โรคตับแข็ง โรคไต โรคหัวใจ วัณโรค โรคปอดอักเสบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคลมชัก การผ่าตัดปลูกถ่ายไขกระดูก โรคเลือดทาลัสซีเมีย โรคโครห์น โรคเกี่ยวกับสมอง หอนรองกระดูกอักเสบ โรค SLE การผ่าตัดปลูกถ่ายไขกระดูกหรืออวัยวะ โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี ที่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ความพิการ รักษาอาการทางจิต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ หอบหืด โรคกระเพาะอาหาร โรคเกาต์ ไมเกรน ที่เคยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ไม่มีเคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดระบุโรค).....



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอขเวินภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัว ผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการขึ้นชั้นจากบริษัทแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลายมือชื่อคู่สมรสผู้ขอเอาประกันภัย

ลายมือชื่อนุตรผู้ขอเอาประกันภัย

- ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณคดีเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัท มีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

