



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคลเฉพาะโรค (แผน TIP Happy Freelance)

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง/..... สัญชาติ

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง
ที่อยู่ติดต่อได้
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด.....
ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

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

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)

รายละเอียดความคุ้มครอง	ผลประโยชน์ (บาท)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1.การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยใน (IPD)			
ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยใน (IPD) จ่ายตามจริงสูงสุดต่อโรค หรือรวมกันสูงสุดต่อปีกรมธรรม์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้* - โรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning) / โรคลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute Gastroenteritis-AGE) - โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) - โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) - โรคตาแดง/โรคเยื่อตาอักเสบ - โรคนิ้วล็อก (Trigger Finger) - กลุ่มอาการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ (Carpal Tunnel Syndrome) * ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 30 วัน	10,000	30,000	50,000
2.การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยนอก (OPD)			
ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยนอก (OPD) จ่ายตามจริงสูงสุดต่อครั้ง และไม่เกิน 10 ครั้งต่อปีกรมธรรม์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้* - โรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning) / โรคลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute Gastroenteritis-AGE) - โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) - โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) - โรคตาแดง/โรคเยื่อตาอักเสบ - โรคนิ้วล็อก (Trigger Finger) - กลุ่มอาการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ (Carpal Tunnel Syndrome) * ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 30 วัน	500	1,000	1,500
3.เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล			
ผลประโยชน์เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล จากการเจ็บป่วยเฉพาะโรค** สูงสุดต่อวัน และไม่เกิน 30 วันต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย **การเจ็บป่วยด้วยโรคดังที่ระบุในข้อ 1.การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยใน (IPD) และ มีระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 30 วัน	300 / วัน	500 / วัน	800 / วัน

เบี้ยประกันภัยต่อปี (รวมอากรแสตมป์และ VAT /บาท)	แผน 1	แผน 2	แผน 3
อายุ 20 – 55 ปี	<input type="checkbox"/> 1,490	<input type="checkbox"/> 2,890	<input type="checkbox"/> 3,590
อายุ 56 – 60 ปี (ต่ออายุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย (บริษัทสามารถเลือกคำถามได้ตามเหมาะสม)

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ ไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับ การประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3) ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือโรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือไม่?

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

4) ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตาม

กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัย สำหรับการพิจารณารับประกันภัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนหรือไม่

ยินยอม

ไม่ยินยอม ทั้งนี้ กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอม อาจมีผลให้บริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย และ/หรือมีผลต่อการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน รวมทั้งกระบวนการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับรับการประกันภัยนี้ และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865