

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ (PA TIP Lady)

Application No.....

1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอประกันภัย
 ชื่อ นาย นาง นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา)
 วันเดือนปีเกิด (พ.ศ.)..... น้หนัก (กก.)..... ส่วนสูง (ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... E-mail.....
 อาชีพ*..... ลักษณะงานที่ทำ*..... รายได้ / เดือน..... บาท รายได้อื่นๆ / เดือน..... บาท
 ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

3. ระยะเวลาขอประกันภัย : เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

4. ข้อตกลงคุ้มครอง

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (ฉบับ.2)	ทุนประกันภัย (บาท)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1.การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ ซายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (ฉบับ.2) จาก 1.1 อุบัติเหตุทั่วไป 1.2 การถูกฆาตกรรมหรือ ถูกทำร้ายร่างกาย 1.3 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	500,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายในการศัลยกรรมที่จำเป็น (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	30,000	50,000	100,000
3. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (1 ครั้ง / วัน สูงสุด 30 ครั้ง / ปี)	5,000	8,000	10,000
4.ชดเชยรายได้รายวันระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้งและต่อปีกรมธรรม์) จาก 4.1 อุบัติเหตุทั่วไป รวมถึงอุบัติเหตุขณะออกกำลังกายฟิตเนส 4.2 การถูกฆาตกรรมหรือ ถูกทำร้ายร่างกาย 4.3 อุบัติเหตุจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	ไม่คุ้มครอง	500 / วัน	500 / วัน
เบี้ยประกันโดยรวม (บาท) / คน / ปี	<input type="checkbox"/> 999	<input type="checkbox"/> 1,999	<input type="checkbox"/> 3,599

5. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่

7. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยด้วยสาเหตุของโรค จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษามะเร็งปอดในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่

8. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง(เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่

10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอาการป่วยใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ผู้ขอประกันภัยยินยอมให้บริษัทเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้ขอประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอคืนเงินภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับกับข้าพเจ้าประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย.....
 (.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ถูกคัดกรง ตัวแทน นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
 ให้คอยคำอ่านข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตนทำเป็นโมฆะ
 ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

