



ใบคำขอเอาประกันภัย				
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม				
TIP Health Care 15,000 Support				
1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย				
ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา)				
วัน/เดือน/ปีเกิด(พ.ศ.)..... น้ำหนัก(กก.)..... ส่วนสูง(ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า				
ที่อยู่ปัจจุบัน.....				
โทรศัพท์..... E-mail..... อาชีพ..... ตำแหน่ง.....				
ลักษณะงานที่ทำ..... ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ.....				
*สำหรับกรณีบุตรเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพให้ บิดา - มารดา โปรดระบุ				
ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน				
2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย:				
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....				
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.				
4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :				
แผนความคุ้มครอง	TIP Health Care 15,000 Support			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
ช่วงอายุ (ปี)	<input type="checkbox"/> 15-40 ปี	<input type="checkbox"/> 41-50ปี	<input type="checkbox"/> 51-60 ปี	<input type="checkbox"/> 61-70 ปี
*หมายเหตุ: ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ 15,000 บาท ต่อปี ทุกแผนตามช่วงอายุผู้เอาประกันภัย				
5. การชำระเบี้ยประกันภัย:				
<input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> บัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเลขที่.....				
<input type="checkbox"/> บัตรเครดิต ธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....				
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)				
คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ				
6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัย โรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่				
<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ.....				
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัย โรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่				
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....				
8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษารักษาด้วยยา) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลัสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพลาสมา พิการ โรคจิตประสาท / เคยใช้สารเสพติด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่				
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....				
9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)				
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....				





<p>10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุสาเหตุ.....</p>	
<p>11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ</p>	
<p>12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ</p>	
<p>13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษารักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ</p>	
<p>14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น</p>	
<p>คำรับรองของผู้เอาประกันภัย</p> <p>เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทฯ กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัททวงถามตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ</p>	
<p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p> <p>ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>	
<p>ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกู้เงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ</p>	
<p>ลงชื่อผู้เอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย</p> <p>(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....</p>	
<p><input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่</p>	
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p>	

