

<p><b>ใบคำขอเอาประกันภัย</b>  <b>กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม</b>  <b>แผน TIP Health Care 20000</b></p>																		
<p><b>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย</b>          ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง          วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ซม.) ..... / ..... เชื้อชาติ / สัญชาติ ..... / .....  <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ .....          ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....          โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล (Email) .....          อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง .....          ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป .....</p>																		
<p><b>2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์</b>          ชื่อ-นามสกุล .....</p>				<p>ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :</p>														
<p><b>3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.</b></p>																		
<p><b>4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ : แผนประกันภัย..... แผนที่ .....</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 25%;">แผนความคุ้มครอง</td> <td colspan="4" style="color: blue;"><b>TIP Health Care 20,000</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 12.5%;">แผน 1</td> <td style="width: 12.5%;">แผน 2</td> <td style="width: 12.5%;">แผน 3</td> <td style="width: 12.5%;">แผน 4</td> </tr> <tr> <td>ช่วงอายุ (ปี)</td> <td><input type="checkbox"/> 15-40 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 41-50ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 51-60 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 61-70 ปี</td> </tr> </table> <p><small>*หมายเหตุ: ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรแสดมปี 20,000 บาท ต่อปี ทุกแผนตามช่วงอายุผู้เอาประกันภัย</small></p>					แผนความคุ้มครอง	<b>TIP Health Care 20,000</b>				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
แผนความคุ้มครอง	<b>TIP Health Care 20,000</b>																	
	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														
<p><b>5. การชำระเบี้ยประกันภัย : <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย ..... เดือนติดต่อกัน <input type="checkbox"/> ราย ..... เดือน โดยวิธี</b></p> <p><input type="checkbox"/> เงินสด</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรเครดิต ธนาคาร ..... หมายเลขบัตรเครดิต ..... บัตรหมดอายุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> บัญชีเงินฝาก บัญชีเลขที่ ..... ธนาคาร ..... สาขา .....</p> <p>เบี้ยประกันภัยสุทธิ ..... บาท</p> <p>อากรแสดมปี ..... บาท</p> <p>ภาษี ..... บาท</p> <p>เบี้ยประกันภัยรวม ..... บาท</p>																		
<p><b>คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ</b></p>																		
<p><b>6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่</b>  <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มีหรือได้ขอ</p> <p>ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด ..... กรมธรรม์ประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด ..... บาท</p> <p>โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น</p> <p>6.1 บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท</p> <p>6.2 บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท</p> <p>6.3 บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท</p>																		

6.4 บริษัท .....	จำนวนเงินเอาประกันภัย .....	บาท
6.5 บริษัท .....	จำนวนเงินเอาประกันภัย .....	บาท
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่		
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย ถ้าเคย โปรดแจ้ง บริษัท .....		
		จำนวนเงินเอาประกันภัย .....
		บาท
8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซิสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง (ซึ่งเคยได้รับการรักษากรณีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน (ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง (ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลาสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่		
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย    โปรดระบุ .....		
9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)		
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย    โปรดระบุ .....		
10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่		
<input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่    โปรดระบุสาเหตุ .....		
11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)		
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย    โปรดระบุ .....		
12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด <b>ที่ยังไม่ได้กระทำ</b> หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล)		
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย    โปรดระบุ .....		
13. ปัจจุบันท่านกำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ( อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) <b>ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์</b> หรือไม่		
<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี    โปรดระบุ .....		
14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่		
<input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่    หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น .....		

**คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย**

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครอง เฉพาะ โรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ไม่มีความประสงค์

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ทั้งนี้ การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท

**หมายเหตุ :** หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกการรับประกันภัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**  
**สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย ..... วันที่ขอเอาประกันภัย .....

( )

การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย  ใบอนุญาตเลขที่

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**  
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865