



ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม
แผน TIP Rainbow Care (C) : คู่คุ้มครองรวมถึงการรักษาโรคโควิด-19

1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอประกันภัย
ชื่อ นาย นาง นางสาว คุณ นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา)
วัน/เดือน/ปีเกิด(พ.ศ.)..... น้ำหนัก(กก.)..... ส่วนสูง(ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์..... E-mail..... อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
ลักษณะงานที่ทำ..... ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์ ต่อ.....
*สำหรับกรณีบุตรเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพให้ บิดา - มารดา โปรดระบุ
ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย:
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....

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

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :

ความคุ้มครอง	TIP Rainbow Care (C) : คู่คุ้มครองรวมถึงการรักษาโรคโควิด-19			
ผลประโยชน์ผู้ป่วยใน	<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	<input type="checkbox"/> แผน 4
ผลประโยชน์ผู้ป่วยในและผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก	<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	<input type="checkbox"/> แผน 4

5. การชำระเบี้ยประกันภัย:
 เงินสด บัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา บัญชีเลขที่.....
 บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ **บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)**

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัย โรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษารักษาผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลัสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบ B,C โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพลาสมา พิการ โรคจิตประสาท / เคยใช้สารเสพติด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....





10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุสาเหตุ.....

11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)

ไม่เคย เคย โปรดระบุ

12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด **ที่ยังไม่ได้กระทำ** หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)

ไม่เคย เคย โปรดระบุ

13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) **ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์** หรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ

14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น

คำรับรองของผู้เอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทฯ กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัททวงถามตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกู้เงินภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

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

ลูกจ้าง ตัวแทน นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

