

ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม

ชื่อโครงการ : TIP Platinum Health Care (Covid-19)

ผู้เอาประกันภัย : ลูกข้าราชการทั่วไป (ทุกช่องทางของบริษัท)
ซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า 14 วัน และไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร

ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปีกรมธรรม์ นับตั้งแต่วันเริ่มความคุ้มครอง

ผู้รับผลประโยชน์ : ทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย หรือตามรายชื่อแจ้ง

ข้อตกลงคุ้มครอง และจำนวนเงินผลประโยชน์ :

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (ต่อครั้ง/เหตุการณ์)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. ค่ารักษาพยาบาลกรณีคนไข้ใน				
ความคุ้มครองสูงสุดต่อปี	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อเหตุการณ์)	-	10,000	-	10,000
ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าการพยาบาล (ต่อวัน)				
- ค่าห้องผู้ป่วยปกติ ค่าอาหาร และค่าการพยาบาล (สูงสุดต่อวัน ไม่เกิน 90 วัน)	10,000	10,000	10,000	10,000
- ค่าห้องผู้ป่วยหนัก ค่าอาหาร และค่าการพยาบาล (สูงสุดต่อวัน ไม่เกิน 15 วัน) (รวมค่าห้องผู้ป่วยปกติ และค่าห้องผู้ป่วยหนัก ไม่เกิน 90 วัน)	20,000	20,000	20,000	20,000
ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป				
- ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป (รวมถึงการรักษาต่อเนื่องภายใน 30 วัน)	150,000	150,000	150,000	150,000
- ค่าบริการรถพยาบาล (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป)	4,000	4,000	4,000	4,000
คุ้มครองการรักษาโดยการผ่าตัด				
- ค่าแพทย์ผ่าตัด และหัตถการ (จ่ายตามจริง)	200,000	200,000	200,000	200,000
คุ้มครองการดูแลโดยแพทย์				
- ค่าดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ (1 ครั้งต่อวัน / สูงสุดไม่เกิน 90 วัน)	1,500	1,500	1,500	1,500
ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ				
- ค่าแพทย์ที่ปรึกษาพิเศษ กรณีไม่มีการผ่าตัด (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป)	10,000	10,000	10,000	10,000
- ค่าแพทย์ที่ปรึกษาพิเศษ กรณีผ่าตัด (รวมอยู่ในค่าแพทย์ผ่าตัด)	10,000	10,000	10,000	10,000
ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุฉุกเฉินแบบคนไข้นอก				
- ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุฉุกเฉินแบบคนไข้นอก (รักษาภายใน 24 ชั่วโมง และรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน) (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป)	40,000	40,000	40,000	40,000

ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม
ชื่อโครงการ : TIP Platinum Health Care (Covid-19)
ผู้เอาประกันภัย : ลูกจ้างรายย่อยทั่วไป (ทุกช่องทางของบริษัท)
ซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า 14 วัน และไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร
ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปีกรมธรรม์ นับตั้งแต่วันเริ่มความคุ้มครอง
ผู้รับผลประโยชน์ : ทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย หรือตามรายชื่อแจ้ง

2. การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก				
- ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (1 ครั้งต่อวัน / สูงสุด 30 ครั้งต่อปี)	3,000	3,000	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง
3. ประกันอุบัติเหตุ				
- ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาเหตุ การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2) * ไม่คุ้มครองถึงอุบัติเหตุจากการฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้าย และขณะขับขี่ยานพาหนะหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	200,000	200,000
ช่วงอายุ	ค่าเบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
14 วัน - 5 ปี	100,269	86,464	57,523	43,717
6 - 15 ปี	65,161	55,961	38,341	29,140
16 - 30 ปี	38,196	32,616	23,249	17,669
31 - 40 ปี	36,076	31,038	20,986	15,950
41 - 50 ปี	49,042	41,982	29,415	22,355
51 - 60 ปี	62,494	53,346	38,116	28,968
61 - 70 ปี	78,840	67,111	48,898	37,164

หมายเหตุ

1. เบี้ยประกันภัยข้างต้นรวมอากรแสตมป์ 0.4%
2. ผู้เอาประกันภัยอายุระหว่าง 14 วัน - 70 ปีบริบูรณ์ และต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ ไม่เป็นโรคเรื้อรัง และผ่านการพิจารณารับประกันภัย
3. ไม่คุ้มครองโรคที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และช้อยกเว้นเป็นไปตามที่ระบุในกรมธรรม์ประกันสุขภาพส่วนบุคคล
4. ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัยและผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัย



5. ค่าการพยาบาลรวมอยู่ในค่าห้อง และค่าอาหาร และค่ารักษาพยาบาลทั่วไป
6. คุ้มครองประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากที่เกิดการประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
7. ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยจะมีระยะเวลารอคอย 30 วัน นับจากวันที่คุ้มครองครั้งแรก (แต่ในกรณีเกิดอุบัติเหตุจะคุ้มครองทันที ตั้งแต่วันที่เริ่มคุ้มครองตามกรมธรรม์)
8. บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง รวมถึงค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลครั้งต่อไป อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดียวกัน โดยที่ระยะเวลาการรักษาตัว ในสถานพยาบาลแต่ละครั้งต้องห่างกัน 90 วันขึ้นไป นับจากวันที่ออกจากสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย
9. บริษัทจะไม่จ่ายค่าทดแทนสำหรับการเจ็บป่วยต่อไปที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วันแรก นับจากวันที่กรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ได้แก่ เนื่องจากเชื้อสัหรือมะเร็งทุกชนิด, ริดสีดวงทวาร, ไส้เลื่อน, ต้อเนื้อหรือต้อกระจก, การผ่าตัดต่อมทอนซิล หรือ อุดมยอก, นิ้วทุกชนิด, เส้นเลือดอุดตันที่ขา, เชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่
10. บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบคนไข้นอก กรณีเข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง และรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน ตามความเป็นจริง สูงสุดไม่เกินที่ระบุไว้ในหน้าตารางความคุ้มครอง
11. ไม่ต้องสำรองจ่าย เมื่อยื่นบัตร Dhipaya Care Card ในสถานพยาบาลคู่สัญญา
12. ชื่อได้ 1 คน ต่อ 1 กรมธรรม์เท่านั้น



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคธุรกิจป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน

ใบคำขอเอาประกันภัย																																									
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม																																									
แผน TIP Platinum Health Care (Covid-19)																																									
Application No.....																																									
1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอประกันภัย ชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา) ว/ด/ป เกิด (พ.ศ.)/...../..... อายุ..... ปี น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... มือถือ..... E-mail..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้/เดือน..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน..... บาท ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ.....																																									
2. รายละเอียดผู้รับประกัน 1. ชื่อ-สกุล..... 2. ชื่อ-สกุล.....	ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย : ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย :																																								
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.																																									
4. แผนประกันภัย (บาท) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">อายุ (ปี)</th> <th style="width: 12.5%;">แผน 1</th> <th style="width: 12.5%;">แผน 2</th> <th style="width: 12.5%;">แผน 3</th> <th style="width: 12.5%;">แผน 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 วัน - 5 ปี</td> <td>☐ 100,269</td> <td>☐ 86,464</td> <td>☐ 57,523</td> <td>☐ 43,717</td> </tr> <tr> <td>6 - 15 ปี</td> <td>☐ 65,161</td> <td>☐ 55,961</td> <td>☐ 38,341</td> <td>☐ 29,140</td> </tr> <tr> <td>16 - 30 ปี</td> <td>☐ 38,196</td> <td>☐ 32,616</td> <td>☐ 23,249</td> <td>☐ 17,669</td> </tr> <tr> <td>31 - 40 ปี</td> <td>☐ 36,076</td> <td>☐ 31,038</td> <td>☐ 20,986</td> <td>☐ 15,950</td> </tr> <tr> <td>41 - 50 ปี</td> <td>☐ 49,042</td> <td>☐ 41,982</td> <td>☐ 29,415</td> <td>☐ 22,355</td> </tr> <tr> <td>51 - 60 ปี</td> <td>☐ 62,494</td> <td>☐ 53,346</td> <td>☐ 38,116</td> <td>☐ 28,968</td> </tr> <tr> <td>61 - 70 ปี</td> <td>☐ 78,840</td> <td>☐ 67,111</td> <td>☐ 48,898</td> <td>☐ 37,164</td> </tr> </tbody> </table>		อายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	14 วัน - 5 ปี	☐ 100,269	☐ 86,464	☐ 57,523	☐ 43,717	6 - 15 ปี	☐ 65,161	☐ 55,961	☐ 38,341	☐ 29,140	16 - 30 ปี	☐ 38,196	☐ 32,616	☐ 23,249	☐ 17,669	31 - 40 ปี	☐ 36,076	☐ 31,038	☐ 20,986	☐ 15,950	41 - 50 ปี	☐ 49,042	☐ 41,982	☐ 29,415	☐ 22,355	51 - 60 ปี	☐ 62,494	☐ 53,346	☐ 38,116	☐ 28,968	61 - 70 ปี	☐ 78,840	☐ 67,111	☐ 48,898	☐ 37,164
อายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4																																					
14 วัน - 5 ปี	☐ 100,269	☐ 86,464	☐ 57,523	☐ 43,717																																					
6 - 15 ปี	☐ 65,161	☐ 55,961	☐ 38,341	☐ 29,140																																					
16 - 30 ปี	☐ 38,196	☐ 32,616	☐ 23,249	☐ 17,669																																					
31 - 40 ปี	☐ 36,076	☐ 31,038	☐ 20,986	☐ 15,950																																					
41 - 50 ปี	☐ 49,042	☐ 41,982	☐ 29,415	☐ 22,355																																					
51 - 60 ปี	☐ 62,494	☐ 53,346	☐ 38,116	☐ 28,968																																					
61 - 70 ปี	☐ 78,840	☐ 67,111	☐ 48,898	☐ 37,164																																					
5. การชำระเบี้ยประกันภัย: รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (ตัวอักษร) บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว) ☐ เงินสด ☐ บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ...../..... ☐ โอนเงินผ่านธนาคารเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">ธนาคารกสิกรไทย</td> <td style="width: 25%;">สาขาสีลม</td> <td style="width: 25%;">เลขที่บัญชี 001-1-10196-8</td> <td style="width: 25%;">บัญชีกระแสรายวัน</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารกรุงไทย</td> <td>สาขาถนนอโศก-ดินแดง</td> <td>เลขที่บัญชี 056-1-05949-7</td> <td>บัญชีเงินฝากออมทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารทหารไทย</td> <td>สาขาราชดำเนิน</td> <td>เลขที่บัญชี 002-2-19832-9</td> <td>บัญชีเงินฝากออมทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารไทยพาณิชย์</td> <td>สำนักงานใหญ่</td> <td>เลขที่บัญชี 001-3-11904-2</td> <td>บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารกรุงเทพ</td> <td>สาขาพระราม 9</td> <td>เลขที่บัญชี 215-3-02200-5</td> <td>บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน</td> </tr> </table>		ธนาคารกสิกรไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี 001-1-10196-8	บัญชีกระแสรายวัน	ธนาคารกรุงไทย	สาขาถนนอโศก-ดินแดง	เลขที่บัญชี 056-1-05949-7	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์	ธนาคารทหารไทย	สาขาราชดำเนิน	เลขที่บัญชี 002-2-19832-9	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์	ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี 001-3-11904-2	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน	ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี 215-3-02200-5	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																				
ธนาคารกสิกรไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี 001-1-10196-8	บัญชีกระแสรายวัน																																						
ธนาคารกรุงไทย	สาขาถนนอโศก-ดินแดง	เลขที่บัญชี 056-1-05949-7	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์																																						
ธนาคารทหารไทย	สาขาราชดำเนิน	เลขที่บัญชี 002-2-19832-9	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์																																						
ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี 001-3-11904-2	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																																						
ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี 215-3-02200-5	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																																						
คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ 6. ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....																																									
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....																																									



โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคเมร็ง เนื่องจาก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยได้รับการรักษามีผู้ป่วยใน) 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 ทุกผลภาพพิการ 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) ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น
คำรับรองของผู้เอาประกันภัย เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทเคยเฝ้าติดตามที่ได้รับในเอกสารแนบท้ายขอเงินความคุ้มครองเฉพาะ โรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ชี้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ข้อมูลเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเงินบำนาญเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่ ☐ ไม่มีความประสงค์ ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท
วันที่ขอเอาประกันภัย ลงชื่อผู้เอาประกันภัย
วัน..... เดือน..... พ.ศ..... (.....)
☐ ถูกัดตรง ☐ ตัวแทน ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธการรับประกันได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865