

- ประเภท : การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ
- ชื่อโครงการ : TIP PA Senior
- ชื่อผู้เอาประกันภัย : ลูกค้ำทั่วไปที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปี และไม่เกิน 80 ปี ณ วันที่สมัคร (ต่ออายุได้ถึง 99 ปี)
- การคุ้มครอง : ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับความสูญเสียหรือเสียหาย อันเกิดจากการบาดเจ็บ ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก ร่างกายของผู้เอาประกันภัย โดยอุบัติเหตุ และทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้.-

ข้อตกลงคุ้มครอง (อบ.1)	ทุนประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อบ. 1)				
- อุบัติเหตุทั่วไป	100,000	300,000	500,000	1,000,000
- การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	300,000	500,000	1,000,000
- การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	300,000	500,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	10,000	30,000	50,000	50,000
3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายในจากอุบัติเหตุ	10,000	30,000	50,000	50,000
4. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีรถชนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ (ต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000
5. ผลประโยชน์ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / สูงสุด 3 ครั้งต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000
6. ผลประโยชน์การขยายความคุ้มครองเงินเพิ่มเติมรายปี กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	10,000 / ต่อปี	30,000 / ต่อปี	50,000 / ต่อปี	50,000 / ต่อปี
6.1 ค่าเลี้ยงดูรายปีกรณีผู้เอาประกันภัยสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี
	รวมเป็น	รวมเป็น	รวมเป็น	รวมเป็น
6.2 เงินช่วยเหลือรายปี ให้กับบุตรหลานหรือผู้รับประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต จากอุบัติเหตุ	จำนวนเงิน	จำนวนเงิน	จำนวนเงิน	จำนวนเงิน
	50,000	150,000	250,000	250,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี (บาท) / คน				
อายุ 55 -80 ปี (ต่ออายุได้ถึง 99 ปี)	1,200	2,700	4,200	6,000

หมายเหตุ:

1. เบี้ยประกันภัยนี้สำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 55 – 80 ปี ณ วันที่สมัคร และต่ออายุได้ถึง 99 ปี (ปีพ.ศ.ปัจจุบัน ลบ ด้วยปีพ.ศ.เกิด)
2. ผู้เอาประกันภัยทุกรายจะต้องกรอกใบคำขอ จะต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรือวิกลจริตและไม่มีโรคประจำตัวพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนและผ่านการพิจารณาตามเงื่อนไขที่บริษัท กำหนด

3. แผนประกันภัยนี้ไม่รับประกันภัยผู้ที่กำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง
4. ผู้เอาประกันภัย 1 คน สามารถซื้อได้สูงสุดคนละ 1 กรมธรรม์ โดยบริษัทขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์ที่เกินจากกำหนดและผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิ์เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ที่ยกเลิกนั้นให้เต็มจำนวนโดยไม่มีดอกเบี้ยแก่ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์
5. กรณีชาวต่างชาติจำเป็นต้องมีหนังสือเดินทางและเอกสารใบอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทย (Work Permit หรือวีซ่าที่ได้รับอนุมัติจากหน่วยงานราชการ)
6. บริษัทฯขอสงวนสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุตามเบี้ยประกันภัยของแต่ละช่วงอายุของผลิตภัณฑ์ และตามสินไหมที่เกิดขึ้นจริงของแต่ละกรมธรรม์และรวมถึงหากมีการเปลี่ยนแปลงของเงื่อนไขและหรือข้อมูลอันมีผลทำให้ความเสี่ยงภัยสูงขึ้น
7. ความคุ้มครองและข้อยกเว้นต่างๆเป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยที่ได้รับอนุมัติ

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ (แผน TIP PA Senior)

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี

น้ำหนัก _____ ส่วนสูง _____ เลขประจำตัวประชาชน _____ อาชีพ _____

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ _____ รายได้อื่นๆ ปีละ _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ที่ทำงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ผู้รับประกัน : _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____

ข้อตกลงคุ้มครอง (อบ.1)	ทุนประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อบ. 1) - อุบัติเหตุทั่วไป - การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย - การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000 100,000 100,000	300,000 300,000 300,000	500,000 500,000 500,000	1,000,000 1,000,000 1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	10,000	30,000	50,000	50,000
3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายในจากอุบัติเหตุ	10,000	30,000	50,000	50,000
4. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีรถชนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ (ต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000
5. ผลประโยชน์ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / สูงสุด 3 ครั้งต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000
6. ผลประโยชน์การขยายความคุ้มครองเงินเพิ่มเติมรายปี กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	10,000 / ต่อปี	30,000 / ต่อปี	50,000 / ต่อปี	50,000 / ต่อปี
6.1 ค่าเลี้ยงดูรายปีกรณีผู้เอาประกันภัยสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น	จ่ายต่อเนื่อง 5 ปี รวมเป็น
6.2 เงินช่วยเหลือรายปี ให้กับบุตรหลานหรือผู้รับประโยชน์ กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	จำนวนเงิน 50,000	จำนวนเงิน 150,000	จำนวนเงิน 250,000	จำนวนเงิน 250,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี (บาท) / คน				
อายุ 55 -80 ปี (ต่ออายุได้ถึง 99 ปี)	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 2,700	<input type="checkbox"/> 4,200	<input type="checkbox"/> 6,000

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ หน้า 1/3

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

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)
บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) _____
3. ท่านขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่? ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
7. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
9. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/3

โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865