

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยทิพยแบบพิเศษ (แผน PA Super Plus)		Application No.....																																																																																										
<p>1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>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*..... ลักษณะงานที่ทำ*..... รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ ต่อ.....</p>																																																																																												
<p>2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....</p>																																																																																												
<p>3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.</p>																																																																																												
<p>4. ข้อตกลงความคุ้มครอง</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width:45%;">ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (อบ.1)</th> <th colspan="6" style="text-align: center;">ทุนประกันภัยตามแผนความคุ้มครอง (บาท)</th> </tr> <tr> <th style="width:10%;">แผน 1</th> <th style="width:10%;">แผน 2</th> <th style="width:10%;">แผน 3</th> <th style="width:10%;">แผน 4</th> <th style="width:10%;">แผน 5</th> <th style="width:10%;">แผน 6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ(อบ.1) - จากอุบัติเหตุทั่วไป - จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย - จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์</td> <td style="text-align: center;">100,000</td> <td style="text-align: center;">100,000</td> <td style="text-align: center;">300,000</td> <td style="text-align: center;">300,000</td> <td style="text-align: center;">700,000</td> <td style="text-align: center;">700,000</td> </tr> <tr> <td>2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ สาธารณะ (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1)</td> <td style="text-align: center;">100,000</td> <td style="text-align: center;">100,000</td> <td style="text-align: center;">300,000</td> <td style="text-align: center;">300,000</td> <td style="text-align: center;">700,000</td> <td style="text-align: center;">700,000</td> </tr> <tr> <td>3. การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์</td> <td style="text-align: center;">5,000</td> <td style="text-align: center;">5,000</td> <td style="text-align: center;">15,000</td> <td style="text-align: center;">15,000</td> <td style="text-align: center;">30,000</td> <td style="text-align: center;">30,000</td> </tr> <tr> <td>4. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) (1 ครั้ง/วัน สูงสุด 30 ครั้ง/ปี) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์</td> <td style="text-align: center;">1,000</td> <td style="text-align: center;">1,000</td> <td style="text-align: center;">1,500</td> <td style="text-align: center;">1,500</td> <td style="text-align: center;">2,000</td> <td style="text-align: center;">2,000</td> </tr> <tr> <td>5. การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุและต่อระยะเวลาเอาประกันภัย)</td> <td style="text-align: center;">ไม่คุ้มครอง</td> <td style="text-align: center;">300 ต่อวัน</td> <td style="text-align: center;">ไม่คุ้มครอง</td> <td style="text-align: center;">500/วัน</td> <td style="text-align: center;">ไม่คุ้มครอง</td> <td style="text-align: center;">800/วัน</td> </tr> <tr> <td>6. ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ</td> <td style="text-align: center;">ไม่คุ้มครอง</td> <td style="text-align: center;">10,000</td> <td style="text-align: center;">ไม่คุ้มครอง</td> <td style="text-align: center;">30,000</td> <td style="text-align: center;">ไม่คุ้มครอง</td> <td style="text-align: center;">70,000</td> </tr> <tr> <td>7. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)</td> <td style="text-align: center;">10,000</td> <td style="text-align: center;">10,000</td> <td style="text-align: center;">20,000</td> <td style="text-align: center;">20,000</td> <td style="text-align: center;">20,000</td> <td style="text-align: center;">20,000</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 - 65 ปี / คน / ปี</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 700</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 850</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1,350</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1,550</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2,550</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2,850</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 66 - 70 ปี (ต่ออายุเท่านั้น) / คน / ปี</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 980</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1,150</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1,850</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2,150</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3,550</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3,990</td> </tr> </tbody> </table>			ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (อบ.1)	ทุนประกันภัยตามแผนความคุ้มครอง (บาท)						แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ(อบ.1) - จากอุบัติเหตุทั่วไป - จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย - จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	300,000	300,000	700,000	700,000	2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ สาธารณะ (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1)	100,000	100,000	300,000	300,000	700,000	700,000	3. การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	5,000	5,000	15,000	15,000	30,000	30,000	4. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) (1 ครั้ง/วัน สูงสุด 30 ครั้ง/ปี) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000	1,000	1,500	1,500	2,000	2,000	5. การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุและต่อระยะเวลาเอาประกันภัย)	ไม่คุ้มครอง	300 ต่อวัน	ไม่คุ้มครอง	500/วัน	ไม่คุ้มครอง	800/วัน	6. ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	ไม่คุ้มครอง	10,000	ไม่คุ้มครอง	30,000	ไม่คุ้มครอง	70,000	7. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	20,000	เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 - 65 ปี / คน / ปี							เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	<input type="checkbox"/> 700	<input type="checkbox"/> 850	<input type="checkbox"/> 1,350	<input type="checkbox"/> 1,550	<input type="checkbox"/> 2,550	<input type="checkbox"/> 2,850	เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 66 - 70 ปี (ต่ออายุเท่านั้น) / คน / ปี							เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	<input type="checkbox"/> 980	<input type="checkbox"/> 1,150	<input type="checkbox"/> 1,850	<input type="checkbox"/> 2,150	<input type="checkbox"/> 3,550	<input type="checkbox"/> 3,990
ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (อบ.1)	ทุนประกันภัยตามแผนความคุ้มครอง (บาท)																																																																																											
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6																																																																																						
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ(อบ.1) - จากอุบัติเหตุทั่วไป - จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย - จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	300,000	300,000	700,000	700,000																																																																																						
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ สาธารณะ (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1)	100,000	100,000	300,000	300,000	700,000	700,000																																																																																						
3. การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	5,000	5,000	15,000	15,000	30,000	30,000																																																																																						
4. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) (1 ครั้ง/วัน สูงสุด 30 ครั้ง/ปี) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000	1,000	1,500	1,500	2,000	2,000																																																																																						
5. การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุและต่อระยะเวลาเอาประกันภัย)	ไม่คุ้มครอง	300 ต่อวัน	ไม่คุ้มครอง	500/วัน	ไม่คุ้มครอง	800/วัน																																																																																						
6. ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	ไม่คุ้มครอง	10,000	ไม่คุ้มครอง	30,000	ไม่คุ้มครอง	70,000																																																																																						
7. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	20,000																																																																																						
เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 - 65 ปี / คน / ปี																																																																																												
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	<input type="checkbox"/> 700	<input type="checkbox"/> 850	<input type="checkbox"/> 1,350	<input type="checkbox"/> 1,550	<input type="checkbox"/> 2,550	<input type="checkbox"/> 2,850																																																																																						
เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 66 - 70 ปี (ต่ออายุเท่านั้น) / คน / ปี																																																																																												
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	<input type="checkbox"/> 980	<input type="checkbox"/> 1,150	<input type="checkbox"/> 1,850	<input type="checkbox"/> 2,150	<input type="checkbox"/> 3,550	<input type="checkbox"/> 3,990																																																																																						
<p>5. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>																																																																																												
<p>6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>																																																																																												
<p>7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยด้วยสาเหตุของโรค จนต้องเข้ารับการรักษาหรือรับการรักษาระบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>																																																																																												

8. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง(เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?
 ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่?
 ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่?
 ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้อง และสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าชดเชยประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอชดเชยเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภัยอากรหรือไม่
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภัยอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่
 ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

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

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

Direct **Agent** **Broker** **License No.**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปอ.)
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

*อาชีพที่ไม่รับประกันภัย : อีกรายงานชนิดรับจ้าง, คนงานก่อสร้าง, ช่างยนต์, กรรมกร, พนักงานเหมือง, ชาวประมง, พนักงานทำความสะอาดกระถางถึงอาคารสูง, ช่างไฟฟ้า, ชาม, พนักงานดับเพลิง, พนักงานสถานีแท็กซี่, พนักงานขับรถโดยสาร, คนขับรถแท็กซี่หรือรถขนส่งประจำทาง, นักแข่งรถ, นักมวย, นักประดาน้ำ, นักปีนเขา, พนักงานขุดเจาะ, คนขับรถเรือ, อาสาสมัครกู้ภัย, พนักงานติดตั้งเสาอากาศหรือป้ายโฆษณา, นักศึกษาแผนกช่าง, พนักงานส่งเอกสาร, คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม หรือผลิตแก๊ส หรืออาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในระดับเดียวกัน