

ใบคำขอเอาประกันภัย (Application Form)

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย เอ็กซ์ตรา แคร์ (Extra Care Health & Accident Insurance Policy)

Personal Health and Accident Insurance (TIP LONG STAY VISA OA)

1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย (APPLICANT INFORMATION)

ชื่อ Name นาย Mr. นางสาว Miss นาง Mrs. ชื่อกลาง Middle Name.....นามสกุล Surname

เลขที่ประจำตัวประชาชน ID/Passport Number

ใบอนุญาตทำงาน Work Permit No. วันที่ออกเอกสาร Date of Issue (พร้อมแนบสำเนา/Please attach copy)

วัน/เดือน/ปีเกิด DD/MM/YR (Date of Birth.) น้ำหนัก (กก.) Weight (Kgs.)..... ส่วนสูง(ซม.) Height (Cm.).....เชื้อชาติ Race.....

สัญชาติ Nationality สถานภาพ Civil Status โสด Single สมรส Married หม้าย Widowed หย่า Divorced

ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address.....

..... โทรศัพท์ Tel. No. E-mail

อาชีพ Occupation..... ตำแหน่ง Position.....

ลักษณะงานที่ทำ Type of Business..... รายได้ต่อเดือน Monthly Salary บาท THB.

รายได้อื่น Other Income.....บาท THB ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน Company Name/Address

โทรศัพท์ Tel. No. ต่อ Ext.....

Applicant's Name in Bank Account Bank Name สาขา Branch.....

เลขที่บัญชีธนาคาร Bank Account No.(สำหรับการ โอนค่าสินไหม For Claim Reimbursement)

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล BENEFICIARY INFORMATION

นาย Mr. นางสาว Miss นาง Mrs.

ชื่อ Name ชื่อกลาง Middle Name.....นามสกุล Surname

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เอาประกันภัย Relationship to Insuredที่อยู่ปัจจุบัน Address

..... โทรศัพท์ Tel. No.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ Period of Insurance : From:เวลา at:..hours สิ้นสุดวันที่To: เวลา 16.30 น. at 16.30 hours

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ Please select plan of Insurance:

ช่วงอายุ (ปี) Age (Years)	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน 3 Plan 3
15 – 30	<input type="checkbox"/> 23,241	<input type="checkbox"/> 31,495	<input type="checkbox"/> 39,750
31 – 40	<input type="checkbox"/> 28,385	<input type="checkbox"/> 37,936	<input type="checkbox"/> 47,486
41 – 50	<input type="checkbox"/> 34,733	<input type="checkbox"/> 46,986	<input type="checkbox"/> 59,239
51 - 60	<input type="checkbox"/> 46,539	<input type="checkbox"/> 62,643	<input type="checkbox"/> 78,748
61 – 70	<input type="checkbox"/> 65,518	<input type="checkbox"/> 88,952	<input type="checkbox"/> 112,386

5. การชำระเบี้ยประกันภัย Premium Payment Options:

- เงินสด Cash
- บัตรเครดิต ธนาคาร Credit Card/Issuer หมายเลขบัตรเครดิต Card Number.....
- บัตรหมดอายุ Expiry Date
- บัญชีเงินฝาก ธนาคาร Automatic withdrawal/Bank Name.....สาขา Branch..... บัญชีเลขที่ Acct No.....
- รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ Total Premium บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว) THB. (Stamp & VAT included)



คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ Health & other health related questions:

6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
Do you have or have proposed for Health Insurance, Critical Illness Insurance, Life Insurance or Personal Accident with the company or any other company?

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ Have you ever been declined life insurance or personal accident insurance or had your insurance cancelled or had a renewal declined or had additional premium imposed for such insurance?

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษากรณีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลาซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพลงภาพ พิการโรคจิตประสาท / เคยใช้สารเสพติด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่ In the past 5 years, have you ever been admitted or diagnosed in a hospitalized or clinic for the following: any kind of Cancer, cyst, Cerebro-Vascular Disease (Stroke), Cardiac Arrest, Myocardial Infarction, Chronic Kidney Disease or Kidney failure, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Hypertension with admission, Diabetes (with insulin administration), Hyperlipidemia (Treated with Statins to lower cholesterol), Obesity (BMI more than 33 up), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Emphysema, AIDS or HIV, Thalassemia, Multiple Sclerosis, Crohn's Disease, Hepatitis B or C, Cirrhosis of the Liver, Alcoholism and Drug Abuse/Addiction, have any disabled part of your body, paralysis, psychologically impaired, taken narcotic drugs and other seriously illness?

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)
In the past 5 years, have you ever been treated or been issued a prescription by a physician for any pain or illness or surgery or surgical procedure? (If yes, please explain details of diagnosis and treatment provided for that incident).

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่ Currently, are you recovering from any procedure or treatment for any illness, accident or substance abuse under the supervision of a physician?

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด บัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)
In the past 5 years, have you ever been subjected to Radiographic exams, Nuclear Medicine evaluation as MRI and CT Scan, Ultrasound, Biopsy, EKG, Blood and Urine Test? (If, yes, please specify the doctor's order and diagnosis as to declare the reason of test and the place of hospitalized or clinic where test was done).

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด **ที่ยังไม่ได้กระทำ** หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล) Have you ever been diagnosed and evaluated by a physician for a surgical procedure of any kind or instructed to undergo a major biopsy but have not proceeded to do so? (If yes, please specific the name of Physician and the hospitalized or clinic)

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้ออก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) **ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือรักษาจากแพทย์** หรือไม่ Are you currently in any abnormal state of health, (such as pain, tumor, abnormal bleeding, and presence of any cyst or any other condition that you have not seek medical advice or treatment?)

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:



14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่ Are you currently on regular prescription medications for a congenital disease or any chronic disease or not?

ไม่มี No มี โปรดระบุ Yes, Explain:

คำรับรองของผู้เอาประกันภัย RATIFICATION OF THE INSURED

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยจะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัททักเ้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายขอเว้นความคุ้มครองเฉพาะ โรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ As agreed between the insured and the insurer, this policy does not provide coverage to the insured for injury or illness or any complication thereof obtained or acquired by the insured prior to the issuance of this policy as stated by the insured, except if indicated in any endorsement of identify disease-specific coverage issued. The insured acknowledges and agrees to these terms and conditions in all respects.

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

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

This is to certify that the above information are true and completely correct to my knowledge, and I authorize all medical institutions that have treated me to provide all and necessary information relating to my medical history and previous treatments and diagnosis, including any results of HIV virus testing as required by this application to DHIPAYA Insurance Co. (PLC). This document is not an insurance contract. The applicant will be protected once it has been verified by the Company.

The Insured hereby authorize the Company to store, use and disclose the information relating to (my health and) information of the Insured to Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits of insurance business governance.

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
According to the tax regulation, should the Insured wish to apply this insurance policy for the income tax reduction?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่
Yes, I hereby authorize the Company to disclose and forward the information relating to insurance premium to the Revenue Department according to the government regulation. In case the Insured are Non-Thai Residence who have duty to pay income tax, kindly specify your taxpayer identification No.

ไม่มีความประสงค์
ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ The consent to disclose and forward the No, information to the Revenue Department will be in force until the Insured have an instruction of cancellation or any alternative.

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย	วันที่ขอเอาประกันภัย
Applicant Signature:	Date of Application
(.....)	วัน Day เดือน Month..... พ.ศ. Year.....

Direct Client Agent Broker License No.

REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION
As stated by civil and commercial law clause 865, if any of the answers above are proven to be fictitious or not true then the insurance policy can be immediately terminated and any or all claims declined.
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้