

ใบคำขอเอาประกันภัย กรรมธรรม์ประกันภัยทิพยแบบพิเศษ (แผน PA Plus)

Application No.....

1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย
 ชื่อ นาย นาง นางสาว..... นามสกุล เลขที่ประจำตัวประชาชน (พร้อมแนบสำเนา)
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) น้ำหนัก (กก.)..... ส่วนสูง (ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... E-mail
 อาชีพ*..... ลักษณะงานที่ท่า*..... รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท
 ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ ต่อ.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

4. ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
4.1 การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาขาคา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อบ. 2) (ขยายความคุ้มครองฆาตกรรมลอบทำร้ายและอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	200,000	400,000	600,000	800,000
4.2 การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	10,000	20,000	30,000	40,000
4.3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 365 วันต่ออุบัติเหตุ)	500 ต่อวัน	500 ต่อวัน	1,000 ต่อวัน	1,000 ต่อวัน
4.4 ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	10,000	10,000	20,000	20,000
เบี้ยประกันรวม	<input type="radio"/> 870	<input type="radio"/> 1,310	<input type="radio"/> 2,030	<input type="radio"/> 2,460

5. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
 ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

7. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยด้วยสาเหตุของโรค จนต้องเข้ารับการรักษา หรือรับการรักษาระบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

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 หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่?
 ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกู้เงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภัยอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภัยอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....
(.....)

วันที่ขอเอาประกันภัย
วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ลูกจ้าง ตัวแทน นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

***อาชีพที่ไม่รับประกันภัย :** จักรยานยนต์รับจ้าง, คนงานก่อสร้าง, ช่างยนต์, กรรมกร, พนักงานเหมือง, ชาวประมง, พนักงานทำความสะอาดระดมถึงอาคารสูง, ช่างไฟฟ้า, ชาม, พนักงานดับเพลิง, พนักงานสตันท์แมน, พนักงานขับรถโดยสาร, คนขับรถแท็กซี่หรือรถขนส่งประจำทาง, นักแข่งรถ, นักมวย, นักประดาน้ำ, นักปีนเขา, พนักงานชุดเจาะ, คนขับเรือ, อาสาสมัครกู้ภัย, พนักงานติดตั้งเสาอากาศหรือป้ายโฆษณา, นักศึกษาแผนกช่าง, พนักงานส่งเอกสาร, คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม หรือผลิตแก๊ส หรืออาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในระดับเดียวกัน