

- ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย เอ็กซ์ตรา แคร่
- Type : Individual Health and Accident Insurance Policy
- ชื่อโครงการ : TIP Platinum Health Care (Covid-19)
- Project name : TIP Platinum Health Care (Covid-19)
- ผู้เอาประกันภัย : ลูกค้าย่อยทั่วไป (ทุกช่องทางของบริษัท)  
ซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า 14 วัน และไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร
- Policyholder : Customer aged between 14 days – 70 years old on the date that applied the application
- ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปีกรมธรรม์ นับตั้งแต่วันเริ่มความคุ้มครอง
- Period of coverage : 1 year after first effective date of policy
- ผู้รับผลประโยชน์ : ทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย
- Beneficiary : Legal heirs
- ข้อตกลงคุ้มครอง และจำนวนเงินผลประโยชน์ :
- All terms and conditions subject :

ข้อตกลงคุ้มครอง Coverage	จำนวนเงินผลประโยชน์ (ต่อครั้ง/เหตุการณ์) Benefit (per time/disability)			
	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน 3 Plan 3	แผน 4 Plan 3
<b>1. ค่ารักษาพยาบาลกรณีคนไข้ใน Inpatient and day-case benefits</b>				
ความคุ้มครองสูงสุดต่อปี Maximum Benefit (Limit per year)	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อเหตุการณ์) Deductible (Per disability)	-	10,000	-	10,000
<b>ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าการพยาบาล (ต่อวัน) Room and Board including nursing service (per day)</b>				
- ค่าห้องผู้ป่วยปกติ ค่าอาหาร และค่าการพยาบาล (สูงสุดต่อวัน ไม่เกิน 90 วัน) - Normal Room and Board (Maximum 90 days)	10,000	10,000	10,000	10,000
- ค่าห้องผู้ป่วยหนัก ค่าอาหาร และค่าการพยาบาล (สูงสุดต่อวัน ไม่เกิน 15 วัน) - ICU Room and Board (Maximum 15 days) (รวมค่าห้องผู้ป่วยปกติ และค่าห้องผู้ป่วยหนัก ไม่เกิน 90 วัน) (The total maximum number of days including ICU Room is 90 days)	20,000	20,000	20,000	20,000
<b>ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป Hospital general expenses</b>				
- ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป (รวมถึงการรักษาต่อเนื่องภายใน 30 วัน) - Hospital general expenses (including follow up 30 days)	150,000	150,000	150,000	150,000
- ค่าบริการรถพยาบาล (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป) - Ambulance (included in hospital general expenses)	4,000	4,000	4,000	4,000
<b>คุ้มครองการรักษาดูแลโดยการผ่าตัด Surgical fee</b>				
- ค่าแพทย์ผ่าตัด และหัตถการ (จ่ายตามจริง) - Surgical fee (non-schedule)	200,000	200,000	200,000	200,000
<b>คุ้มครองการดูแลโดยแพทย์ Physician's fee</b>				
- ค่าดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ (1 ครั้งต่อวัน / สูงสุดไม่เกิน 90 วัน) - In-patient Physician's fees for doctor visit (1 visit per day / maximum 90 days)	1,500	1,500	1,500	1,500

ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ Specialist 's consultation fees				
- ค่าแพทย์ที่ปรึกษาพิเศษ กรณีไม่มีการผ่าตัด (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป) - Specialist 's consultation fees when no surgery (included in hospital general expenses)	10,000	10,000	10,000	10,000
- ค่าแพทย์ที่ปรึกษาพิเศษ กรณีผ่าตัด (รวมอยู่ในค่าแพทย์ผ่าตัด) - Specialist 's consultation fees for surgical cases (included in surgical)	10,000	10,000	10,000	10,000
ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบคนไข้ฉุกเฉิน Emergency treatment				
- ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบคนไข้ฉุกเฉิน (รักษาภายใน 24 ชั่วโมง และรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน) - Emergency treatment (first visit within 24 hours of emergency and 31 days follow up) (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลทั่วไป) (included in hospital general expenses)	40,000	40,000	40,000	40,000
2. การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก Outpatient benefit				
- ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (1 ครั้งต่อวัน / สูงสุด 30 ครั้งต่อปี) - Outpatient (1 visit per day / maximum 30 times per year)	3,000	3,000	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง
3. ประกันอุบัติเหตุ				
- ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2) - Loss of Life, Dismemberment, Loss of sight or permanent disability from accident (PA2) * ไม่คุ้มครองถึงอุบัติเหตุจากการฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้าย และขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ * Excluding murder/assault and riding on or traveling by motorcycle	200,000	200,000	200,000	200,000
Age (Year)	Annual Premium (Premium included Vat and Stamp Duty)			
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
14 Days - 5 Years	100,269	86,464	57,523	43,717
6 - 15 Years	65,161	55,961	38,341	29,140
16 - 30 Years	38,196	32,616	23,249	17,669
31 - 40 Years	36,076	31,038	20,986	15,950
41 - 50 Years	49,042	41,982	29,415	22,355
51 - 60 Years	62,494	53,346	38,116	28,968
61 - 70 Years	78,840	67,111	48,898	37,164

**หมายเหตุ Remarks :**

- เบี้ยประกันภัยข้างต้นรวมอากรแสตมป์ 0.4% แล้ว  
The above annual premium are included Stamp Duty (0.4%).
- ผู้เอาประกันภัยอายุระหว่าง 14 วัน - 70 ปีบริบูรณ์ และต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ ไม่เป็นโรคเรื้อรัง และผ่านการพิจารณารับประกันภัย  
The Insured must be between 14 days - 70 years old only and must be healthy, not handicapped and free from any chronic illnesses and pass all conditions by the insurance company to ensure coverage.
- ไม่คุ้มครองโรคที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และข้อยกเว้นเป็นไปตามที่ระบุในกรมธรรม์ประกันสุขภาพส่วนบุคคล  
Excluded Pre-Existing and standard exclusion under Individual Health Insurance Policy and the English Language in this policy is merely a translation of Thai version.

4. ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัยและผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัย  
Fill Application form for insurance with complete information. The company has reserves the right for underwriting the Applicant on individual case basis subject to the applicant's occupation, illness and other medical information.
5. ค่าการพยาบาลรวมอยู่ในค่าห้อง และค่าอาหาร และค่ารักษาพยาบาลทั่วไป  
Nursing service is included in Room and Board and Hospital General Expenses.
6. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก  
This Insurance plan will not cover Coronavirus Infection (Coronavirus (2019-nCoV)) during the first 30 days from the first policy commencement date
7. ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยจะมีระยะเวลารอคอย 30 วัน นับจากวันที่คุ้มครองครั้งแรก (แต่ในกรณีเกิดอุบัติเหตุจะคุ้มครองทันที ตั้งแต่วันที่เริ่มคุ้มครองตามกรมธรรม์)  
In case of an illness there is a waiting period 30 days from effective date of policy. (For emergency cases coverage begins from effective date of policy).
8. บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง รวมถึงค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลครั้งต่อไป อันเป็นผลสืบเนื่องมาจาก โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดียวกัน โดยที่ระยะเวลาการรักษาตัวในสถานพยาบาลแต่ละครั้งต้องห่างกัน 90 วันขึ้นไป นับจากวันที่ออกจากสถานพยาบาลครั้งสุดท้าย  
Inpatient expenses are payable for any one disability. This means expenses relating to treatment for a condition or symptoms arising from the same cause including all complications. If the same disability should reoccur 90 days must elapse from the last treatment date for that disability to be considered a new disability.
9. บริษัทจะไม่จ่ายค่าทดแทนสำหรับการเจ็บป่วยต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วันแรก นับจากวันที่กรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ได้แก่ เนื้องอก ซีสต์ หรือมะเร็งทุกชนิด, ริดสีดวงทวาร, ไส้เลื่อน, ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก, การผ่าตัดต่อมทอนซิล หรือ อดีนอยด์, นิ้วทุกชนิด, เส้นเลือดขดที่ขา, เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่  
For Tumor Cyst or Cancer, Hemorrhoids, Hernias, Pterygium or Cataract, Tonsillectomy or Adenoidectomy, Stones, Varicose veins, Endometriosis, there is a waiting period 120 days from effective date of policy."
10. บริษัทจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบคนไข้นอก กรณีเข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง และรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน ตามความเป็นจริงสูงสุดไม่เกินที่ระบุไว้ในหน้าตารางความคุ้มครอง  
Cost of outpatient emergency treatment due to injury within 24 hours of the injury or accident occurring including 31 days follow up. The Company will pay this benefit according to the amount actually paid but not exceeding the maximum amount per disability or the maximum benefit stated in the schedule whichever is smaller.
11. ไม่ต้องสำรองจ่าย เมื่อยื่นบัตร Dhipaya Care Card ในสถานพยาบาลคู่สัญญา  
The Dhipaya Care Card to the insured is entitled to Hospital in the country.
12. ซื้อได้ 1 คน ต่อ 1 กรมธรรม์เท่านั้น  
Purchase is limited to 1 plan per person only based on this plan and coverage.

**Application Form**

Project Code:

**Personal Health and Accident Insurance (TIP Platinum Health Care (Covid-19))** Application No.....

**1. APPLICANT INFORMATION**

 Name  Mr.  Miss  Mrs. .... Middle Name..... Surname .....  
 ID/Passport Number ..... Work Permit No. .... Exp. Date of WP ..... (Please attach copy)  
 Visa Type ..... Visa No. .... Exp. Date of Visa ..... (Please attach copy)  
 DD/MM/YR (Date of Birth.) ..... Weight (Kgs.)..... Height (cm.)..... Race..... Nationality .....  
 Civil Status  Single  Married  Widowed  Divorced Current Address.....  
 Tel. No. .... E-mail ..... Occupation..... Position.....  
 Type of Business..... Monthly Salary THB ..... Other Income THB.....  
 Company Name/Address ..... Tel. No. .... Ext.....

**2. BENEFICIARY INFORMATION**

 1) Name  Mr.  Miss  Mrs..... Middle Name..... Surname ..... Relationship to Insured .....  
 2) Name  Mr.  Miss  Mrs..... Middle Name..... Surname ..... Relationship to Insured .....

**3. Period of Insurance: From: ..... at: .....hours To: ..... at 12.00 hours**
**4. Please select plan of Insurance:**

Unit : THB

Age (Years)	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
14 days - 5 years	<input type="checkbox"/> 100,269	<input type="checkbox"/> 86,464	<input type="checkbox"/> 57,523	<input type="checkbox"/> 43,717
6 - 15	<input type="checkbox"/> 65,161	<input type="checkbox"/> 55,961	<input type="checkbox"/> 38,341	<input type="checkbox"/> 29,140
16 - 30	<input type="checkbox"/> 38,196	<input type="checkbox"/> 32,616	<input type="checkbox"/> 23,249	<input type="checkbox"/> 17,669
31 - 40	<input type="checkbox"/> 36,076	<input type="checkbox"/> 31,038	<input type="checkbox"/> 20,986	<input type="checkbox"/> 15,950
41 - 50	<input type="checkbox"/> 49,042	<input type="checkbox"/> 41,982	<input type="checkbox"/> 29,415	<input type="checkbox"/> 22,355
51 - 60	<input type="checkbox"/> 62,494	<input type="checkbox"/> 53,346	<input type="checkbox"/> 38,116	<input type="checkbox"/> 28,968
61 - 70	<input type="checkbox"/> 78,840	<input type="checkbox"/> 67,111	<input type="checkbox"/> 48,898	<input type="checkbox"/> 37,164

**5. Premium Payment Options: Total Premium THB \_\_\_\_\_ (Stamp Duty included)**

- Cash payment
- Credit Card: Bank name: ..... Card no. .... Expiry date: ...../...../.....
- Bank Transfer: A/C Name Dhipaya Insurance Public Co., LTD.
- KASIKORN Bank A/C No : 001-1-10196-8 / Current A/C (Si Lom Branch)
- BANGKOK Bank A/C No : 215-3-02200-5 / Current A/C (Rama 9 Branch)
- SCB Bank A/C No : 001-3-11904-2 / Current A/C (Head Office Branch)
- TMB Bank A/C No : 002-2-19832-9 / Saving A/C (Ratchadamnoen Rd. Branch)
- KRUNGTHAI Bank A/C No : 056-1-05949-7 / Saving A/C (Asoke-dindaeng Rd. Branch)

**Health & other health related questions:**

6. Do you have or have proposed for Health Insurance, Critical Illness Insurance, Life Insurance or Personal Accident with the company or any other company?

 No  Yes, Please explain: .....

7. Have you ever been declined life insurance or personal accident insurance, had your insurance cancelled, had a renewal declined or had additional premium imposed for such insurance?

 No  Yes, Please explain: .....

8. 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?

No  Yes, Please explain: .....

9. In the past 5 years, have you ever been treated or been issued a prescription for any chronic disease or underlying disease by a physician for any pain or illness or surgical procedure? (If yes, please explain details of diagnosis and treatment provided for that incident).

No  Yes, Please explain: .....

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

No  Yes, Please explain: .....

11. 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).

No  Yes, Please explain: .....

12. 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)

No  Yes, Please explain: .....

13. 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)?

No  Yes, Please explain: .....

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

No  Yes, Please explain: .....

**RATIFICATION OF THE INSURED**

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.

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.

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

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. ....

No

The consent to disclose and forward the information to the Revenue Department will be in force until the Insured have an instruction of cancellation or any alternative.

Applicant Signature: ..... Date of Application  
(.....) Day ... Month.....Yr.....

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.