

- ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย เอ็กซ์ตรา แคร้
- ชื่อโครงการ : TIP Smart Health Care แผน Comfort (Covid-19)
- ผู้เอาประกันภัย : ลูกค้รายย่อยท้ว้ไป (ทุกช่องทางของบริษัทย) ซึ่งมียอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร
- ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปีกรมธรรม์ นับตั้งแต่วันที่เริ่มความคุ้มครอง
- ผู้รับผลประโยชน์ : ทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย หรือตามรายชื่อแจ้ง
- ข้อตกลงคุ้มครอง และจำนวนเงินผลประโยชน์ :

รายละเอียดความคุ้มครอง	ผลประโยชน์ (บาท)			
	TIP Smart Health Care แผน Comfort (Covid-19)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
	อายุ 15-40	อายุ 41 - 50	อายุ 51-60	อายุ 61-70
1. ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย				
ผลประโยชน์สูงสุดต่อปี	500,000	500,000	350,000	350,000
ผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคหรือต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	100,000	100,000	50,000	50,000
ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพยาบาล				
- ค่าห้องผู้ป่วยปกติ	6,000	6,000	4,000	4,000
- ค่าห้องผู้ป่วยหนัก ICU/CCU (จำนวนวันคุ้มครองของค่าห้องผู้ป่วยปกติและค่าห้องผู้ป่วยหนัก รวมสูงสุดไม่เกิน 365 วัน)	12,000	12,000	8,000	8,000
- ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อวัน)	-	-	-	-
ค่ารักษาพยาบาล หรือค่าบริการท้ว้ไป				
ค่ารักษาพยาบาลท้ว้ไป (รวมค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลต่อเนื่องภายใน 30 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
- ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายในเวลา 24 ชม. หลังเกิดอุบัติเหตุ รวมการรักษาต่อเนื่องภายใน 15 วัน	6,000	6,000	4,000	4,000
- ค่าบริการรถพยาบาล	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
ค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด				
- ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ (จ่ายตามจริง)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
- ค่าปรึกษาทางการผ่าตัด กรณีมีการผ่าตัด (รวมอยู่ในค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ หรือค่าบริการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค				
- ค่าดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ 1 ครั้ง / วัน (รวมสูงสุดไม่เกิน 365 วัน)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
- ค่าแพทย์ที่ปรึกษาทางการผ่าตัด กรณีไม่มีการผ่าตัด (รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลท้ว้ไป)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
2. การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก)				
ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (1 ครั้งต่อวัน สูงสุด 30 ครั้งต่อปี)	2,000	1,000	900	500

- ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย เอ็กซ์ตรา แคร่
- ชื่อโครงการ : TIP Smart Health Care แผน Comfort (Covid-19)
- ผู้เอาประกันภัย : ลูกค้าย่อยทั่วไป (ทุกช่องทางของบริษัท)
ซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร
- ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปีกรมธรรม์ นับตั้งแต่วันเริ่มความคุ้มครอง
- ผู้รับผลประโยชน์ : ทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย หรือตามรายชื่อแจ้ง
- ข้อตกลงคุ้มครอง และจำนวนเงินผลประโยชน์ :

3. Personal Accident				
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สิ้นสุด การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ. 2) (ขยายความคุ้มครองถึงการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	10,000	10,000	10,000
ช่วงอายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
	อายุ 15-40	อายุ 41 - 50	อายุ 51-60	อายุ 61-70
ค่าเบี้ยประกันรวมอากรแสตมป์ (บาท) / คน / ปี	18,750	18,750	18,750	18,750

หมายเหตุ

- เบี้ยประกันภัยข้างต้น รวมค่าอากรแสตมป์ 0.4%
- คุ้มครองผู้เอาประกันภัยรายใหม่ อายุ 15 - 70 ปี สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรือวิกลจริต ณ วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ
- ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย โดยการพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของบริษัทฯ
- กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย/โรคเรื้อรัง ที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย และยังคงรักษาไม่หายก่อนกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก และการรักษาที่ไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์
- กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากทำกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
- กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากทำกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
- กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ เนื่องจาก อุ้งน้ำดี หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไส้เลื่อนทุกชนิด ต้อเนื้อหรือต้อกระจก การตัดทอลซิลหรือดีนอยด์ นิ้วทุกชนิด เส้นเลือดขอดที่ขา เชื้อบรูเซลลูสเจริญคิตที่ ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 120 วัน (Waiting Period) หลังจากทำกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
- การเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในสองครั้งหรือมากกว่านั้น ด้วยสาเหตุโรคเดิม จะมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้
 - หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกไม่เกิน 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้ใช้วงเงินผลประโยชน์ที่เหลืออยู่จากการเข้ารับการรักษาในครั้งแรก
 - หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกเกินกว่า 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้นับเป็นวงเงินผลประโยชน์ใหม่
- ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากเกิดอุบัติเหตุ ให้รวมถึงการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากรับการรักษาเป็นครั้งแรก โดยจ่ายไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือสูงสุดไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์
- มีบัตรประกันสุขภาพให้ผู้เอาประกันฯ สิทธิได้ที่ รพ. ในโครงการทั่วประเทศ
- บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการปรับเบี้ยประกันภัย แผนประกันภัยในปีต่ออายุ โดยการพิจารณาจากอายุผู้เอาประกันภัย และประวัติการเรียกร้องสินไหมทดแทน
- ข้อเสนอนี้มีระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ออกใบเสนอราคา
- ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย เอ็กซ์ตรา แคร่



ใบคำขอเอาประกันภัย				
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย เอ็กซ์ตรา แคร่				
TIP Smart Health Care แผน Comfort (Covid-19)				
1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย				
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..... ตำแหน่ง.....				
ลักษณะงานที่ทำ..... ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ.....				
*สำหรับกรณีบุตรเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพให้ บิดา - มารดา โปรดระบุ				
ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน.....				
2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย:.....				
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....				
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.				
4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :				
แผนความคุ้มครอง	TIP Smart Health Care แผน Comfort (Covid-19)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
ช่วงอายุ (ปี)	<input type="checkbox"/> 15-40 ปี	<input type="checkbox"/> 41-50ปี	<input type="checkbox"/> 51-60 ปี	<input type="checkbox"/> 61-70 ปี
*หมายเหตุ: ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ 18,750บาท ต่อปี ทุกแผนตามช่วงอายุผู้เอาประกันภัย				
5. การชำระเบี้ยประกันภัย:				
<input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> บัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเลขที่.....				
<input type="checkbox"/> บัตรเครดิต ธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....				
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)				
คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ				
6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัย โรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่				
<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ.....				
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัย โรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่				
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....				
8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษารักษาด้วยยา) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไ้มนันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลัสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบ B,C โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพลาพลา ทิกการ โรคจิตประสาท / เคยใช้สารเสพติด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่				
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....				
9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)				
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....				





10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุสาเหตุ.....

11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)

ไม่เคย เคย โปรดระบุ

12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด **ที่ยังไม่ได้กระทำ** หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)

ไม่เคย เคย โปรดระบุ

13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้อออก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) **ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์** หรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ

14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น

คำรับรองของผู้เอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทฯ กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัททวงถามตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ

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

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกู้เงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย

(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ถูกคำตรง ตัวแทน นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้





Application Form

Extra Care Health & Accident Insurance Policy

Personal Health and Accident Insurance (TIP Smart Health Care Comfort (Non – Covid 19))

1. APPLICANT INFORMATION

Name Mr. Miss Mrs. Middle Name..... Surname

ID/Passport Number Work Permit No. Date of Issue (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

Name Mr. Miss Mrs..... Middle Name..... Surname Relationship to Insurer

Address..... Tel. no.

3. Period of Insurance: From: at:hours To: at 16.30 hours

4. Please select plan of Insurance:

Plan	TIP Smart Health Care Comfort (Non – Covid 19)			
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Age (Years)	<input type="checkbox"/> 15-40 Years old	<input type="checkbox"/> 41-50 Years old	<input type="checkbox"/> 51-60 Years old	<input type="checkbox"/> 61-70 Years old

5. Premium Payment Options:

Cash

Credit Card/Issuer Card Number..... Expiry Date

Automatic withdrawal/Bank Name..... Branch..... Acct No.....

Total Premium **THB (Stamp & VAT included)**

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, Explain:

7. 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?
 No Yes, 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, Explain:





9. In the past 5 years, have you ever been treated or been issued a prescription 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, 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, 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, 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, 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, Explain:

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

No Yes, Explain medication and diagnosis:

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.....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.