

ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม
ชื่อโครงการ : TIP Health Care 20000
ผู้อุปประกันภัย : ลูกค้าย่อยทั่วไป
ซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 70 ปี ณ วันที่สมัคร
ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปีกรมธรรม์ นับตั้งแต่วันเริ่มความคุ้มครอง
ช่องทางการจัดจำหน่าย : ทุกช่องทางของบริษัทฯ
ผู้รับผลประโยชน์ : ทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย หรือตามรายชื่อแจ้ง
ข้อตกลงคุ้มครอง และจำนวนเงินผลประโยชน์ :

หมวดความคุ้มครองการประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล

ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

| ผลประโยชน์ | ผลประโยชน์ (บาท) | | | |
|--|------------------|--------------|--------------|--------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
| | อายุ 15 - 40 | อายุ 41 - 50 | อายุ 51 - 60 | อายุ 61 - 70 |
| จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย | 500,000 | 400,000 | 300,000 | 250,000 |
| จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง | 100,000 | 80,000 | 60,000 | 50,000 |
| 1. ผลประโยชน์กรณีเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน | | | | |
| หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร รวมถึงค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง | 5,000 | 5,000 | 3,000 | 3,000 |
| ในกรณีที่ผู้อุปประกันภัยได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Inpatient Room) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ให้เป็นจำนวน 2 เท่า ของผลประโยชน์สำหรับค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) สูงสุดไม่เกิน 365 วัน | 10,000 | 10,000 | 6,000 | 6,000 |
| หมวดที่ 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดย่อยที่ 2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย | | | | |
| หมวดย่อยที่ 2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการ โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์ | | | | |
| หมวดย่อยที่ 2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ | | | | |
| หมวดย่อยที่ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน | | | | |
| หมวดที่ 3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดย่อยที่ 4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ | | | | |
| หมวดย่อยที่ 4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ | | | | |
| หมวดย่อยที่ 4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการ สำหรับแพทย์ทำศัลยกรรมและหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor Fee) | | | | |
| หมวดย่อยที่ 4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม วิทยุณีแพทย์ (Doctor Fee) | | | | |
| หมวดย่อยที่ 4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ | | | | |
| หมวดที่ 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |

| 2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| หมวดที่ 6 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ต่อเนื่องที่ เกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดย่อยที่ 6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนและหลังการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน | | | | |
| หมวดย่อยที่ 6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้ง สำหรับการรักษายาบาลต่อเนื่อง ภายใน 30 วัน หลังจากออกจากการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย) | | | | |
| หมวดที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมง ของการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง (รวมการรักษาพยาบาลต่อเนื่องภายใน 15 วัน) | 6,000 | 6,000 | 6,000 | 6,000 |
| หมวดที่ 8 ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่เกิดขึ้นภายใน 30 วัน หลังการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดที่ 9 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดที่ 10 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดที่ 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดที่ 12 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| หมวดที่ 13 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเล็ก | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง | จ่ายตามจริง |
| การมีส่วนร่วมจ่าย | | | | |
| ความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible) | ไม่มี | | | |
| ค่าใช้จ่ายร่วม (Copayment) | ไม่มี | | | |

ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก

| ผลประโยชน์ | ผลประโยชน์ (บาท) | | | |
|---|------------------|--------------|--------------|--------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
| | อายุ 15 - 40 | อายุ 41 - 50 | อายุ 51 - 60 | อายุ 61 - 70 |
| 1. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก | | | | |
| 2. ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน (1 ครั้งต่อวัน สูงสุด 30 ครั้งต่อปี) | 2,000 | 1,500 | 1,000 | 800 |

เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองการฉีดวัคซีน (สำหรับแนบติดหมวดความคุ้มครองการประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล)

| ผลประโยชน์ | ผลประโยชน์ (บาท) | | | |
|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
| | อายุ 15 - 40 | อายุ 41 - 50 | อายุ 51 - 60 | อายุ 61 - 70 |
| การฉีดวัคซีน | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |

หน้า -3-

หมวดความคุ้มครองการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ข้อตกลงคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2)

| ผลประโยชน์ | ผลประโยชน์ (บาท) | | | |
|---|------------------|--------------|--------------|--------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
| | อายุ 15 - 40 | อายุ 41 - 50 | อายุ 51 - 60 | อายุ 61 - 70 |
| การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2) (ขยายความคุ้มครองถึงการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 10,000 |

| อายุ (ปี) | เบี้ยประกันภัยรวม | | | |
|--|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
| | อายุ 15 - 40 | อายุ 41 - 50 | อายุ 51 - 60 | อายุ 61 - 70 |
| ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรแสดมปี (บาท) / คน / ปี | ☐ 20,000 | ☐ 20,000 | ☐ 20,000 | ☐ 20,000 |

หมายเหตุ

1. เบี้ยประกันภัยข้างต้น รวมค่าอากรแสดมปี 0.4%
2. คุ้มครองผู้เอาประกันภัยรายใหม่ ซึ่งมี 15 – 70 ปี และมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรือวิกลจริต ณ วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ
3. ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย โดยการพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของบริษัทฯ
4. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บเจ็บป่วย/โรคเรื้อรัง ที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย และยังไม่รักษาไม่หายก่อนกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก และการรักษาที่ไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์
5. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ รวมถึงการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากทำกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
6. ค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บใดๆ หรือการเจ็บป่วยใดๆ รวมถึงการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) จะพิจารณาจากการวินิจฉัย และคำแนะนำจากแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และต้องสอดคล้องกับมาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติฉบับปัจจุบัน ในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเกิดการบาดเจ็บใดๆ การป่วยใดๆ หรือการติดเชื้อใดๆ
7. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ เนื่ององ ดุนน้ำดี หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไส้เลื่อนทุกชนิด ต้อเนื้อหรือต้อกระจก การตัดทอลซิลหรือดีนอยด์ นิ้วทุกชนิด เส้นเลือดคอขาดที่ขา เอ็มโบโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 120 วัน (Waiting Period) หลังจากทำกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
8. การเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในสองครั้งหรือมากกว่านั้น ด้วยสาเหตุโรคเดิม จะมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้
 - 8.1 หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกไม่เกิน 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้ใช้วงเงินผลประโยชน์ที่เหลืออยู่จากการเข้ารับการรักษาในครั้งแรก
 - 8.2 หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกเกินกว่า 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้นับเป็นวงเงินผลประโยชน์ใหม่
9. ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากเกิดอุบัติเหตุ ให้รวมถึงการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจกวันที่รับการรักษาเป็นครั้งแรก โดยจ่ายไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือสูงสุดไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์
10. มีบัตรประกันสุขภาพให้ผู้เอาประกันใช้สิทธิได้ที่ รพ.ในโครงการทั่วประเทศ

หน้า 3/4

หน้า -4-

11. กรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้สำรองเงินจ่ายล่วงหน้าแล้ว สามารถนำส่งเอกสารแจ้งเคลมผ่าน แอปพลิเคชัน TIP Flash Claim ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
กรณีเอกสารครบถ้วนพิจารณาจ่ายค่าสินไหมคืนไม่เกิน 10 วันทำการ
12. บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการปรับเบี้ยประกันภัย แผนประกันภัยในปีต่ออายุ โดยการพิจารณาจากอายุผู้เอาประกันภัย และประวัติการเรียกร้องสินไหมทดแทน
13. ข้อเสนอนี้มีระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ออกใบเสนอราคา
14. ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม
แผน TIP Health Care 20000

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย
ชื่อ-นามสกุล เพศ ชาย หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ซม.) / เชื้อชาติ / สัญชาติ /
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล (Email)
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :
ชื่อ-นามสกุล

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ : แผนประกันภัย..... แผนที่

| แผนความคุ้มครอง | TIP Health Care 20,000 | | | |
|-----------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 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: ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรแสดมปี 20,000 บาท ต่อปี ทุกแผนตามช่วงอายุผู้เอาประกันภัย

5. การชำระเบี้ยประกันภัย : รายปี ราย เดือนติดต่อกัน ราย เดือน โดยวิธี

เงินสด

บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ.....

บัญชีเงินฝาก บัญชีเลขที่ ธนาคาร สาขา

เบี้ยประกันภัยสุทธิ บาท
อากรแสดมปี บาท
ภาษี บาท
เบี้ยประกันภัยรวม บาท

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มีหรือได้ขอ

ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด กรมธรรม์ประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด บาท

โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น

6.1 บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
6.2 บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
6.3 บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 6.4 บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย | บาท |
| 6.5 บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย | บาท |
| 7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ | | |
| <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย ถ้าเคย โปรดแจ้ง บริษัท | | |
| | | จำนวนเงินเอาประกันภัย |
| | | บาท |
| 8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซิสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง (ซึ่งเคยได้รับการรักษากรณีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน (ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง (ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลัสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพลงภาพ พิการ หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่ | | |
| <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ | | |
| 9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว) | | |
| <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ | | |
| 10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่ | | |
| <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุสาเหตุ | | |
| 11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ตรวจ) | | |
| <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ | | |
| 12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล) | | |
| <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ | | |
| 13. ปัจจุบันท่านกำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่ | | |
| <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ | | |
| 14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่ | | |
| <input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น | | |

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครอง เฉพาะ โรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ไม่มีความประสงค์

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ทั้งนี้ การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท

หมายเหตุ : หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกการรับประกันภัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว
สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย วันที่ขอเอาประกันภัย

()

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865