

ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม

ชื่อโครงการ : TIP Health Care 25,000

ผู้เอาประกันภัย : ลูก้าที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร

ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปีกรมธรรม์ นับตั้งแต่วันที่เริ่มความคุ้มครอง

ช่องทางการจัดจำหน่าย : ทุกช่องทางการขาย

ผลประโยชน์	ผลประโยชน์ (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
	อายุ 15-40	อายุ 41 - 50	อายุ 51-60	อายุ 61-70	*อายุ 71 - 80
จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	-	-	-	-	-
จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	200,000	180,000	120,000	100,000	60,000
1. ผลประโยชน์กรณีเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน					
หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร รวมถึงค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	8,000	7,000	6,000	5,000	4,000
ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Inpatient Room) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล(ผู้ป่วยใน) ให้เป็นจำนวน 2 เท่า ของผลประโยชน์สำหรับค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) สูงสุดไม่เกิน 365 วัน	16,000	14,000	12,000	10,000	8,000
หมวดที่ 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง					
หมวดย่อยที่ 2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการ โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง					
หมวดย่อยที่ 4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการ สำหรับแพทย์ทำศัลยกรรมและหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor Fee)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม วัสดุฉีดยา (Doctor Fee)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง

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

ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก

ผลประโยชน์	ผลประโยชน์ (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
	อายุ 15-40	อายุ 41-50	อายุ 51-60	อายุ 61-70	*อายุ 71-80
1. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก					
2. ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน (1 ครั้งต่อวัน สูงสุด 30 ครั้งต่อปี)	3,000	2,000	1,500	1,200	1,000

หมวดความคุ้มครองการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

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

ผลประโยชน์	ผลประโยชน์ (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
	อายุ 15-40	อายุ 41-50	อายุ 51-60	อายุ 61-70	*อายุ 71-80
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สิ้นสุด การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2) - ขยายความคุ้มครองถึงการขับขี่ หรือ โดยสารรถจักรยานยนต์	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000

เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองค่าบริการสำหรับการตรวจสุขภาพหรือการฉีดวัคซีน (สำหรับแนบติดหมวดความคุ้มครองการประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล)

ผลประโยชน์	ผลประโยชน์ (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
	อายุ 15-40	อายุ 41-50	อายุ 51-60	อายุ 61-70	*อายุ 71-80
ค่าบริการสำหรับการตรวจสุขภาพหรือการฉีดวัคซีน (ต่อปี)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองการรักษาด้านทันตกรรม (สำหรับแนบติดหมวดความคุ้มครองการประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล)

ผลประโยชน์	ผลประโยชน์ (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
	อายุ 15-40	อายุ 41-50	อายุ 51-60	อายุ 61-70	*อายุ 71-80
การรักษาด้านทันตกรรม (ต่อปี) - ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาฟัน (ขูดหินปูน, อุดฟัน, ครอบฟัน, เอ็กซเรย์ฟัน, ถอนฟัน, รักษารากฟัน (ไม่รวมถึงการครอบฟัน), ผ่าฟันคุด หรือ การใส่ฟันปลอมถอดได้ชนิดฐานและโครงพลาสติก)	1,000	1,000	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง

อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวม				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
	อายุ 15-40	อายุ 41-50	อายุ 51-60	อายุ 61-70	*อายุ 71-80
ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรมอเตอร์ (บาท) / คน / ปี	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000

หมายเหตุ

1. เบี้ยประกันภัยข้างต้น รวมค่าอากรแสตมป์ 0.4%
2. คู่คุ้มครองผู้เอาประกันภัยรายใหม่ อายุ 15 - 70 ปี สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรือวิกลจริต ณ วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ และ ต่ออายุถึง 80 ปี*
3. ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย โดยการพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของบริษัทฯ
4. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย/โรคเรื้อรัง ที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย และยังไม่รักษาไม่หายก่อนกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก และการรักษาที่ไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์
5. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ รวมถึงการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากทีกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
6. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ เนื่องก อุ้งน้ำดี หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไล่เดือนทุกชนิด ต้อเนื้อหรือต้อกระจก การตัดทอลซิลหรือคินอยด์ นิ้วทุกชนิด เส้นเลือดคอคทีขา เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ทีเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 120 วัน (Waiting Period) หลังจากทีกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
7. ค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บใดๆ หรือการเจ็บป่วยใดๆ รวมถึงการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) จะพิจารณาจากการวินิจฉัย และคำแนะนำจากแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และต้องสอดคล้องกับมาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติฉบับปัจจุบัน ในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเกิดการบาดเจ็บใดๆ การป่วยใดๆ หรือการติดเชื้อใดๆ
8. การเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในสองครั้งหรือมากกว่านั้น ด้วยสาเหตุโรคเดิม จะมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้
 - 8.1 หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกไม่เกิน 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้ใช้วงเงินผลประโยชน์ที่เหลืออยู่จากการเข้ารับการรักษาในครั้งแรก
 - 8.2 หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกเกินกว่า 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้นับเป็นวงเงินผลประโยชน์ใหม่
9. ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากเกิดอุบัติเหตุ ให้รวมถึงการรักษาต่อเนื่องทีเกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากวันที่รับการรักษาเป็นครั้งแรก โดยจ่ายไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือสูงสุดไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์
10. มีบัตรประกันสุขภาพให้ผู้เอาประกันใช้สิทธิได้ที่ รพ.ในโครงการทั่วประเทศ
11. บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการปรับเบี้ยประกันภัย แผนประกันภัยในปีต่ออายุ โดยการพิจารณาจากอายุผู้เอาประกันภัย และประวัติการเรียกร้องสินไหมทดแทน
12. ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไข กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรี่เมี่ยม



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม TIP Health Care 25,000				
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 24.00 น.				
4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :				
TIP Health Care 25,000				
แผนความคุ้มครอง	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 25,000 บาท 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 ทูพลาสมา พิการ 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.....				





<p>10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุสาเหตุ.....</p>	
<p>11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ</p>	
<p>12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ</p>	
<p>13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ</p>	
<p>14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น</p>	
<p>คำรับรองของผู้เอาประกันภัย</p> <p>เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทฯ กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัททวงถามตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ</p>	
<p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p> <p>ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>	
<p>ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกู้เงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ</p>	
<p>ลงชื่อผู้เอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย</p> <p>(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....</p>	
<p><input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่</p>	
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p>	

