



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน
Hospital Cash Insurance Application Form

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย Insurance Personal Information:

ชื่อ-นามสกุล Applicant's Name
เพศ Gender ชาย Male หญิง Female วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth อายุ
Ageปี yr.
น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.) Weight (Kg) / Height (Cm)/.....เชื้อชาติ / สัญชาติ Race / Nationality
...../.....
 บัตรประจำตัวประชาชน ID Card หนังสือเดินทาง Passport หมายเลข No.
.....
ที่อยู่ปัจจุบัน Address
โทรศัพท์บ้าน Home Phone โทรศัพท์มือถือ Mobile Phone อีเมล Email
.....
อาชีพปัจจุบัน/ลักษณะงาน Occupation / Details
ผู้รับประโยชน์ Beneficiary :
ชื่อ-นามสกุล Name ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Insured :
.....

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่
เวลา 24.00 น.
Period of Insurance: days From at hours To
at 24.00 hours

3. ความคุ้มครองที่ท่านต้องการ:

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบแรก (บาท) หรือ ระยะเวลารอคอย (วัน)	เบี้ยประกันภัย (บาท)

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย Premium Payable : รายปี Annual รายงวด.....เดือน Monthly
เบี้ยประกันภัย Total premium / installment : เบี้ยประกันภัยต้องงวด บาท Baht



4. การชำระเบี้ยประกันภัย Premium Payment Method

ชำระโดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บผ่านบัตรเครดิตธนาคาร Bank of Credit Card VISA

MASTER CARD

ชื่อสมาชิกบัตรเครดิต(ภาษาอังกฤษ) Name on Credit Card

เลขที่บัตร Card No. □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ เดือน / ปี ค.ศ. บัตรหมดอายุ Month /

Year Expire □□ / □□

ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร Bank account nameสาขา Branch บัญชีเลขที่ Account No.

ชำระเป็นเงินสดโดยตรงกับบริษัท Cash

5. คำถามเกี่ยวกับการประกันภัยทั่วไป Insured's general declaration

5.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันชดเชยรายได้ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

Have you ever been declined in life, accident, health, hospital income benefit insurance or critical illness insurance or declined to renew the insurance contract or increased/loaded premium?

ไม่เคย/ไม่มี No เคย/มี Yes

โปรดระบุ บริษัท If yes, please specify company nameจำนวนเงินเอาประกันภัย Total Sum Insure บาท Baht

5.2 ท่านมีดัชนีมวลกาย (BMI) ของท่าน ตามข้อมูลที่ได้กรอกไว้ เกิน 30 หรือไม่?

ไม่เกิน No เกิน Yes

5.3 ท่านหรือบุคคลในครอบครัวของท่าน เป็นหรือเคยมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือขณะนี้รับการรักษาอยู่ หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคปอด โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เนื้องอก/ซิสต์/ต่อมน้ำเหลืองโต โรคไต โรคตับหรือทางเดินน้ำดี (รวมทั้งไวรัสตับอักเสบบี/ซี) โรคเลือด วัณโรค โรคหลอดเลือดสมอง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคแผลในกระเพาะอาหารหรือโรกระบบทางเดินอาหารอื่นๆ โรคเอดส์ (AIDS) หรือพิการทางร่างกาย หรือภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมาหรือไม่?

Have you or any immediate family members been investigated, diagnosed or advised for having heart disease, diabetes, lung disease, hypertension, cancer, tumor/cyst/enlarged lymph node, kidney disease, liver or biliary tract disease (including Hepatitis B / C), blood disease, tuberculosis, stroke, alcoholism, stomach ulcer, gastrointestinal disease, AIDS, physical disability, or mental disability in the last three years?

ไม่เคย/ไม่มี No เคย/มี Yes โปรดระบุ Please specify



ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้าพเจ้ายินยอมให้กับ บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่อเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ

บริษัทมีสิทธิจะขอตรวจร่างกาย ตรวจสอบประวัติการรักษา และตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่บริษัทพิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนตามที่เห็นสมควรโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่บริษัทแต่งตั้ง รวมทั้งมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย และไม่ขัดต่อหลักศาสนา โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the Critical Illness and Accident Policy. I certify that the above statement is true and complete to the extent that I know and believe. In addition, I agree that a doctor, hospital or any other organization that records or knows about me or my health to provide information about medical history and my physical health. This document is not an insurance contract. You will be protected once it has been confirmed by the company

The company has the right to request a physical exam, check the medical history and inspect the insured's laboratory results during the consideration of the claim for compensation as deemed appropriate by the medical professionals appointed by the company It also has the right to perform an autopsy if it is necessary and not contrary to the law and not against religion at the expense of the company

If the Insured does not allow the Company to investigate his/her claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims.

I hereby allow the company to store, use and share all my personal and medical details to the Office of Insurance Commissioner for the purpose of regulating the insurance industry.



ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ Does the insured wish to exercise the right to apply for income tax exemption under the tax law?

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

Wishes and consent to the non-life insurance company to submit and disclose information about insurance premiums to the Revenue Department in accordance with the rules Methods set by the Revenue Department and if the applicant is a foreigner (Non-Thai Residence) who is liable to income tax under the tax law, please specify the taxpayer identification number received from the Revenue Department. No

.....

ไม่มีความประสงค์ No wish

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

Date

The Applicant's Signature ()

การประกันภัยโดยตรง Direct ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่ License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

WARNING of Office of Insurance Commission (OIC.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้

สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่ง บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract according

the Civil Commercial Code Section 865.