

ใบคำขอเอาประกันภัย									
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมี่ยม									
แผน TIP Health Care 20000									
<ol> <li>รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย</li> <li>ชื่อ-นามสกุล</li></ol>									
์ ที	🗖 บัตรประจำตัวประชาชน 🗖 บัตรประจำตัวข้าราชการ 🗖 หนังสือเดินทาง เลขที่								
	โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล์ (Email)								
	าชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง								
	ักษณะงานที่ทำโดยสังเขป								
	ยละเอียดผู้รับประโยชน์			ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกัน					
	ยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่	เวลา น. สิ้นสุควันที่			เวลา 24.00 น.				
4. โา	ไรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ : แผนประกัน	ภัย	แผนที่			_			
	แผนความคุ้มครอง		TIP Health Care 20,000						
	,	แผน 1	แผน 2	แพน 3	แผน 4				
	ช่วงอายุ (ปี)	☐ 15-40 ปี	่ 41-50ปี	่ 51-60 ปี	่ 61-70 ปี				
	บายเหตุ: ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ 20,000 บาท เ								
5. กำ	รชำระเบี้ยประกันภัย : 🗆 รายปี 🔲 ราย	เคือนติดต่อกัน 🗖 ราย	เคือน โดยวิธี						
	] เงินสด								
	] บัตรเครคิต ธนาคาร				•				
🗖 บัญชีเงินฝาก บัญชีเลขที่ 🚾 ธนาคาร สาขา สาขา									
เบี้ยประกันภัยสุทธิบาท									
อากรแสตมป์บาท									
ક	ภาษีบาท								
เบี้ยประกันภัยรวมบาท									
คำถามเกี่ยวกับสูขภาพและอื่นๆ									
6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ O ไม่มี O มีหรือได้ขอ									
ถ้ามีหรือได้ขอ โปรคแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด กรมธรรม์ประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด									
โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น									
6.	6.1 บริษัทบาท								
6.2 บริษัทบาท									
6.	6.3 บริษัทบาท								

หน้า 1/3



Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736



6.4 เก็ชโก							
7. ท่านเดชถูกปฏิเสชการของอาประกับชีวิต หรือประกับภัยสุขภาพ หรือประกันภัยวางกร้อนเดือนุจับก็เหลุล่วนบุคคลทรือ ถูกปฏิเสชการต่องผู้สัญญาปะกับตับ หรือถูกเรียกเก็บประกับภัยเพิ่ม หรือแปละเกินโดยเด็นแปลเลื่อนในสำหรับการประกับตับตังกล่าวหรือไม่  ○ ไม่เดย	6.4 บริษัท		จำนวนเงินเอาประกับ	ภัยบาท			
ดูกปฏิเกรการค่องกูตัญญูทาโระกับลับ หรือถูกเรียกเล้าแท็ยประกับลับทั้น หรือแม่ล็อนแปลงเจื่อนโพสำหรับการประกับลับคังกล่างหรือไม่	6.5 บริษัท		จำนวนเงินเอาประกับ	ภัยบาท			
O ไม่คอย O ก่อง รักษณะจึง หรือรัก บาท รักษา เรื่องการรักษา กับกับ บาท เรื่องการ เป็นผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเลยได้รับเรื่อง หรือมีอาการ หรือเลยได้รับการรักษา หรือก็จรักษาอยู่ ตลอดจอนได้รับการบาทการบอกกล่าวงากแพทย์ดีร้ายโรกต่อไปนี้หรือไม่ โรกแระร่ง เนื้องอา ดัสส์ โรกหลอดเลือดเงิดและได้รับการรักษา หรือก็กัจรักษาอยู่ ตลอดจอนได้รับการบาทวาน เจิ๋นเลยโดยีสูง เจิ๋นเลยโดยีสูง เจิ๋นเลยโดยีสูง เจ็นเลยโดยีสูง เจ้นเลยโดยีสูง เจ็นเลยโดยีสูง เจ้นเลยโดยีสูง เจ้นเลยโดยีสูง เจ้นเลยโดยีสูง เจ้นเลยีนและ เลยโดยีสูง เจ้นเลยโดยสุง เจ้นเ	7. ท่านเคยถูกป	ฎิเสธการขอเอาประกันชีวิต	หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกัเ	เภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุ	ส่วนบุคคลหรือ		
ถ้าเทย โปรตแจ้ง บริมัท ถ่านางเงินเอาประกันกับ บาท  8. ภายในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเจื้อ หรือมีอาการ หรือเกยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ดอดจงนได้รับการบดกล่าวจากแพทย์ด้ายโรคล่อไปนี้หรือไม่ โรกมะเร็ง เนื่องอก ซิสส์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรกทัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคโตเรื้อรังหรือใควาย โรดเอ สเอลิ (SLC) โรคลาวมต้นได้หิสุน (จึงเคยรีเครื่อนาวรักษากรณีผู้ป่อใน) โรคแบทราน (จ็นเคยรีลอัยจุลิน) ใจเม้นในก็อดสูน (จึงแคยรักประทานยาคดในนับ) โรคธ้าน (EMI มากกว่า 33 นี้นไป) โรคปอดจุดทั้นนี้อรัง โรคถุงสมโปรพจง โรกแอดส์หรือมีเลือดบากต่อไรรัส HIV โรกทาเลาสัยเมีย โรคเย็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคใต วร์น (Crobin's disease) โรคโรรกับอักเสน B.C โรคดับแจ้ง โรกทิงสูงเลื้อรัง ยัมพฤกษ์ ยัมพาด กุพพลภาพ พิการ หรือไว้กระยื่นๆ หรือไม่ O ไม่เดย O เล่า ประกระบุ และการทักษักษ์ หรือไม่ (หาดเดย กรุงแระบุราอละเอ็อคกำวินักลัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือกำแนะนำที่ได้รับ และ วันเวลาดังกล่าว O ไม่เดย O เด โปรดระบุ  10. ปัจจุบันท่านอังคงอยู่ในช่วงระยะหักกี้นจากการป่วย หรือการบาดเข็มจากอุบัติเกคุ หรือจากกรรักรักษักรักษาลัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือมีการใส้สารแพติด ให้โทษหรือไม่ O ไม่เดย O เด โปรดระบุ  11.กายในระยะเวลา รี ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการครวงจินิจลัย อาทีเช่น เอกชารต์กอมพิวเตอร์ การครวงด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งครวงจัน เอ็อทางครางกัน เล็บหลัวและหรือไม่ (หาดเลย กรุงพระบุศลการครวงจรัน เอ็อทางครางสารครางหรือแกนคริกาน ท่าแดย กรุงพระบุศลการครวงหรือแกนคริกาม ท่าแดย กรุงพระบุศลการครวงที่เรื่อแทนที่ก็องเท็รบการรรวง วันดีอนในและสถานที่ที่คราง O ไม่เดย O เด โปรดระบุ  12. ท่านเคยได้รับการแระรบราจะจริยสนพที่เลยโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล O ไม่เกย กระบุระของของมีที่เรื่อแทนย์และโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล O ไม่เกย หรือ เปราจะบุ	ถูกปฏิเสธการต่อ	ออายุสัญญาประกัยภัย หรือถูกเรียกเ	ก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไ	ขสำหรับการประกันภัยคังกล่าวหรือไม่			
8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเดยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ดอดจงนได้รับการบอกกล่าวจากแพทธ์ด้วยไรคด่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื่องอก ซัสต์ โรคพลอดเลือดสมอง (Stocke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือโดวาย โรคเอ สแอลซี่ (SLE) โรคลวามตัน โลทัลสูง (ซึ่งเดยรับการรักษากรมีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน (ซึ่งเดยที่คอินซูลับ) ในมันในเลือดสูง (ซึ่งเดยรับประทานยาลติใขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ซึ่งใน)) โรคเอลซับรับโรคทางกับส่อง โรคโอรักษา (Crobur's discost) โรคโวรัสดับอักเสบ B.C โรคดับแข็ง โรคเอินซุลร์เจ็จรง อัมพฤกษ์ อัมพฤกษ์ อัมพฤกษ์ อัมพาก ทุพพอภาพ พิการ หรือโรครับแบรอื่นๆ หรือไม่ ○ ไม่เดย	O ไม่เคย	O เคย					
8. ภายในระยะเวา ร ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเลยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเลยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ คลอดจนได้รับกรรายการเพทาย์ด้วยโรคค่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซัสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคได้เอื้อรังหรือใตวาย โรคเอ สแอลซี (SLE) โรคกาวมคันไลหิดสูง (ซึ่งเลยรับการรักษากรณีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน (ซึ่งเลยจัดอินซูลิน) ใขมันในเลือดสูง (ซึ่งเลยรับประทานยาลดใจมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า งง ขึ้นไป) โรคปอดอุดกันเรื่อรัง โรคถุงลมโปงพอง โรคเอลส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลาสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sciencis) โรคโล วท์น (Croban's discasse) โรคใวรัสดับอักเสบ B.C โรคดับเพ็ง โรคเย็อรัง อัมพฤกษ์ อัมพฤกษ์ อัมพฤกษ์ อัมพาล ทุพพลภาพ พิการ หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่ ได้ เมื่องากกรรมาจเรื่อน เมื่องากกระบาง เรื่องกาลระบุ เป็นต่องากกรรมาจเร็ม เมื่องากกระบาง เรื่องกาลหรือสำมาจนาง เรื่องกาลหรือสำมาจนาง เรื่องกาลหรือมีการ เรื่องกาลหรือเล่าวาง ไม่เลย การป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเลย กรุงแระบุราอละเอ็อลค่าวนิงข้อของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือกันแรมนำที่ได้รับ และ วันเลย การสงครวง เมื่องกาลหรือที่ เพราะหรือไม่ (หากเลย กรุงแระบุราอลสังกล่า)  O ให้เลย โดย โปรคระบุ  11. ภายในระยะเวลา ร ปีที่ผ่านมา ท่านเลยได้รับการตรวจอัลครัชาวล์ การลรวงลี้ขอบทิวเลอร์ การตรวจลี้วยกลิ่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งลรวงขึ้น เมื่อทางคือสานพยาบาลหรือสาวเพตบาลหรือสานพยากระจิงการครวจลี้วยกลิ่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งลรวจขึ้น เม็บทางคือสามพยาของกระบุราอละเรื่อดามหรือสามพยาของกระจางกลังเล็กและเรื่อทางคือเป็นและสถานที่ที่คววง)  O ไม่เลย O เลย โปรคระบุ  12. ท่านเลยให้รับการแบบสน์ต้องทรับการตรวจ นัดคือเป็นและสถานที่ที่คววง)  O ไม่เลย O เลย โปรคระบุ  13. ปัจจุบันท่านะเรียงกรรมพังชื่อแทกเล็นปกติ (จาทิเช่น ความเจ็บปกต ก้อนเนื่องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมีได้เจ้ารับการร้อไดาหร้อนที่เจ้ารับการส่วนแหน์เล้าเรียงที่เล้าเรียงที่เพาร้อไม่ เพาร้อมในเล็นเร็บรายแหน์เล้าเล้าเรียงที่เล้าเรียงที่เล้าเรียงที่เล้าเรียงที่เล้าเรียงที่เล้าเรียงที่เล้าเรียงที่เล้าเล้าเรียงที่เล้าเล้าเล้าเล้าเล้าเล้าเล้าเล้าเล้าเล้า	ถ้าเคย โปรคแจ้ง						
การบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยไรคด่าไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื่องอก ซิสด์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคห้าใจและหลอดเลือดห้าใจ โรคไตเรื้อรังหรือใดาข โรคเอ สแอลอี (SLE) โรคคามหัน โลหิดสูง (ซึ่งเคอรับประทานยาลด์ใ ขนับ) โรคอ้าน (BMI มากกว่า 33 จิ้นไป) โรคบอดอุคกั้นเรื่อรัง โรคถุงสมโปงพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดขากต่อไวรัส HIV โรคทาลาสซ์เมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Scienosis) โรคโล รห์น (Croba's discase) โรคโวรัสลับอักเสบ B.C โรคลับแข็ง โรคพิพธุราเรื่อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาด กุพพลภาพ พิการ หรือโรครัขแรงอื่นๆ หรือไม่		บริษัท	จำน วนเงินเอาประกันภัย	บาท			
เนื่องจากการบาดเจ็บ การป่วย และการผ่าดัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และ วันเวลาดังกล่าว)	การบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรกต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรั้งหรือไตวาย โรคเอ สแอลอี (SLE) โรคความคันโลหิตสูง (ซึ่งเคยรับการรักษากรณีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน (ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง (ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลาสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโค รห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบ B,C โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทุพพลภาพ พิการ หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่						
ให้ไทษหรือไม่	เนื่องจากการบาง วันเวลาดังกล่าว)	คเจ็บ การป่วย และการผ่าตัด หรือไ: )	ม่ (หากเลย กรุณาระบุรายละเอียดลำวินิจฉัยข	องแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแ			
การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตร้าชาวด์ การตรวจกลิ่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)  O ไม่เคย O เคย โปรคระบุ  12.ท่านเลยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าดัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียครวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล) O ไม่เคย O เคย โปรคระบุ  13.ปัจจุบันท่านกำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับ การรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่ O ไม่มี O มี โปรคระบุ  14.ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่	้ ให้โทษหรือไม่	v	, ,		มีการใช้สารเสพติด		
(หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล)	การส่งตรวจ กรุณาระบุผลกา	ชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา รตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการต	การตรวจอัลตร้าษาวค์ การตรวจคลื่ รวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)	นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรื			
13.ปัจจุบันท่านกำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) <b>ที่ยังมิได้เข้ารับ</b>	(หากเลย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล)						
การรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่	0 ไม่เคย	O เคย ปรดระบุ	, y		!		
O ไม่มี O มี โปรคระบุ							
้ 14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่							
·		<u> </u>					
O ไม่ใช่ O ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น	·						
	O ใม่ใช่	O ใช่ หากใช่โปรคระบุชื่อยา	สาเหตุหรือโรคที่เป็น				

หน้า 2/3

www.dhipaya.co.th





## คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้น โดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบกำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้น ตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้าย ยกเว้นความคุ้มครอง เฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัย นี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัย ระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญา ประกับภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชั้นสูตรพลิกศพในกรณีที่ มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่าย ผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเกี่บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ ประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บระกอบธุรกจบระกนภย (คบภ.) เพอบระ เยชน ในการกากบคูแลธุรกจบระกนภย					
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด					
🗖 รับเป็น e-policy ทางอีเมล์ (Email) ที่ระบุไว้					
🗖 รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ต <sup>า</sup> มที่อยู่ที่ระบุไว้					
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่					
🗖 ไม่มีความประสงค์					
🗖 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด					
และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรคระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับ					
จากกรมสรรพากร เลขที่					
ทั้งนี้ การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท					
<u>หมายเหตุ</u> : หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครคิตหรือหักบัญชื่เงินฝากได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกการรับประกันภัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า					
เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว					
สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ					
ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย/					
🗖 การประกันภัยโดยตรง 🗖 ตัวแทนประกันวินาศภัย 🗖 นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่					
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)					
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้					
สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865					

หน้า 3/3

Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736

1115 Rama 3, Chong Nonsi,

