

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทิพย แบบพิเศษ Dhipaya - Dengue Fever																							
1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง/..... เซ็นติเมตร / สันติเมตร เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน																							
ที่อยู่ติดต่อได้ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล อาชีพ สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด ผู้รับประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย																							
2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.																							
3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)																							
ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)																						
	แผน 1	แผน 2	แผน 3																				
1. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน (IPD) และกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) อันเนื่องมาจากโรคไข้เลือดออก ต่อครั้ง	25,000	50,000	75,000																				
2. เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม อันเนื่องมาจากโรคไข้เลือดออก ต่อวัน (สูงสุด 30 วัน/ครั้ง)	1,200	1,500	2,000																				
เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / ปี	<input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 280	<input type="checkbox"/> 430																				
*ข้อเสนอไม่คุ้มครองเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) ภายในระยะเวลา 15 วัน (Waiting Period)																							
วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย <input type="radio"/> ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร โดยยินยอมให้เรียกเก็บเงินจาก <input type="radio"/> บัตรวีซ่า <input type="radio"/> บัตรมาสเตอร์ หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ เจ้าของบัตรเครดิต (ลงชื่อ) (ลายมือชื่อเหมือนหลังบัตรเครดิต) <input type="radio"/> ชำระผ่านธนาคาร <div style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px; margin-top: 5px;"> โอนเงินผ่านธนาคารเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 25%;">ธนาคารกรุงไทย</td> <td style="width: 25%;">สาขาสีลม</td> <td style="width: 25%;">เลขที่บัญชี</td> <td style="width: 25%;">001-1-10196-8 บัญชีกระแสรายวัน</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารกรุงไทย</td> <td>สาขากนอโศก-ดินแดง</td> <td>เลขที่บัญชี</td> <td>056-1-05949-7 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารทหารไทย</td> <td>สาขาสยามเสื่อป่า</td> <td>เลขที่บัญชี</td> <td>046-2-66952-4 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารไทยพาณิชย์</td> <td>สำนักงานใหญ่</td> <td>เลขที่บัญชี</td> <td>001-3-11904-2 บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารกรุงเทพ</td> <td>สาขาพระราม 9</td> <td>เลขที่บัญชี</td> <td>215-3-02200-5 บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน</td> </tr> </table>				ธนาคารกรุงไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี	001-1-10196-8 บัญชีกระแสรายวัน	ธนาคารกรุงไทย	สาขากนอโศก-ดินแดง	เลขที่บัญชี	056-1-05949-7 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์	ธนาคารทหารไทย	สาขาสยามเสื่อป่า	เลขที่บัญชี	046-2-66952-4 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์	ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี	001-3-11904-2 บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน	ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี	215-3-02200-5 บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ธนาคารกรุงไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี	001-1-10196-8 บัญชีกระแสรายวัน																				
ธนาคารกรุงไทย	สาขากนอโศก-ดินแดง	เลขที่บัญชี	056-1-05949-7 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์																				
ธนาคารทหารไทย	สาขาสยามเสื่อป่า	เลขที่บัญชี	046-2-66952-4 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์																				
ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี	001-3-11904-2 บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																				
ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี	215-3-02200-5 บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																				
กรุณาแสดงหลักฐานการโอนเงินและใบคำขอเอาประกันภัย พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนให้แก่เจ้าหน้าที่บริษัทฯ ที่ท่านติดต่อเพื่อทำการออกกรมธรรม์																							

คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออกไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3) ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

()

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย

☐ การประกันภัยโดยตรง

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็น

โมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865