

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยทิพยแบบพิเศษ (แผน TIP PA Senior)								
1. ราชละเอียคผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัช								
ชื่อ □ นาข □นาง □นางสาว								
วัน/เดือน/ปีเกิด ( พ.ศ.)								
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์ E-mail								
อาชีพ*รายได้ / เดือนที่ทำ*รายได้ / เดือน	ง . ชีพ*รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือนบาท							
ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงานโทรศัพท์โทรศัพท์			. ต่อ					
2. ราชละเอียดผู้รับประ โยชน์ ชื่อ-นามสกุลความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัช								
ที่อยู่								
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่								
<u> </u>	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)							
4. ข้อตกลงกุ้มครอง		แผน 1 แผน 2 แผน 3 แผน						
4.1 การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อบ. 1)		*******	33773	00.710				
4.1 การแอนรหากรรู นูนแอบรอระ นายทากรอกุพพณะการแกรรถนะมาง แต่ บริเภา (ขยายความคุ้มครองฆาตกรรมลอบทำร้ายและอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	100,000	300,000	500,000	1,000,000				
4.2 การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	10,000	30,000	50,000	50,000				
4.2 การภาษากับาบ ณ (พออุบทเกซุแพนะกรง) 4.3 ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายในจากอุบัติเหตุ	10,000		50,000	50,000				
, ,	10,000	30,000	50,000	50,000				
4.4 ค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีรณขึ้นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ (ต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000				
4.5 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / สูงสุด 3 ครั้งต่อปี)	1,000	3,000	5,000	5,000				
4.6 การขยายความคุ้มครองเงินเพิ่มเติมรายปี กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	10,000ต่อปี	30,000ต่อปี	50,000ต่อปี	50,000ต่อปี				
จากอุบัติเหตุ		จ่ายต่อเนื่อง	จ่ายต่อเนื่อง 	จ่ายต่อเนื่อง				
4.6.1 ค่าเลี้ยงคูรายปีกรณีผู้เอาประกันภัยสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	<i>ร</i> ปีรวมเป็น		รปีรวมเป็น	รปีรวมเป็น				
4.6.2 เงินช่วยเหลือรายปี ให้กับบุตรหลานหรือผู้รับประโยชน์ กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	50,000	150,000	250,000	250,000				
เบี้ยประกันภัยรวมอากรสำหรับ ผู้เอาประกันภัยอายุ 55 -80 ปี (ต่ออายุได้ถึง 99 ปี) / คน								
เบี้ยประกันภัยรวมอากรสำหรับระยะเวลนอาประกันภัย 1 ปี (บาท) / คน	O 1,200	O 2,700	O 4,200	O 6,000				
เบี้ยประกันภัยรวมอากรสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย 3 ปี (บาท) / คน	O 3,300	O 7,500	O 11,700	O 16,400				
เบี้ยประกันภัยรวมอากรสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย 5 ปี (บาท) / คน	O 5,300	O 13,000	O 18,800	O 27,200				
5. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัค (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?								
O ใช่ โปรคระบุ				ใม่ใช่				
6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าว								
หรือไม่? O ใช่ โปรคระบุ O ไม่ใช่								
7.ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยด้วยสาเหตุของโรค จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม								
หรือไม่? O ใช่ โปรคระบุ								
8. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ								
8. ทานกาแกบ วังเบน หางเพิ่งเบน หางมอกการรบู เพพางพนเอง หางแทง เพาบการพราชากษา หางบกแนว หางทาแนะ นาง กแนทงแกงกา ความคัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระคูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอคส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง(เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือ								
บาคเจ็บ หรือมือวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต หรือเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือคื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องคืมที่มีแอลกอฮอล์เป็น								
ประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับ โรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่?								
O ใช่ โปรดระบุ								
,								

Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736 Fax: +66 (0) 2239 2049

www.dhipaya.co.th





ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันกัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้า และบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบ เรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ ธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

	ผู้ขอเอาประกันภัยประสง	มค์จะใช้สิทธิขอยกเว้ <b>เ</b>	เภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรห	เรือไม่		
	มีความประสงค์ และขินขอมให้บริษัทประกันวินาสภัข ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่					
	ไม่มีความประสงค์					
	ทั้งนี้การขินขอมให้ส่งแล	ะเปิดเผยข้อมูลข้างต้น	จะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัชจะแจ้	ข <sub>ึ</sub> กเลิกหรือเปลี่ขนแปลงต่อบริษัทฯ		
	ลงชื่อผู้ขอเอา	ประกันภัย		วันที่ขอเอาประกันภัย		
		(	)	วันเดือนพ.ศ		
	🗌 ลูกค้าตรง	🗌 ตัวแทน	🗌 นายหน้าประกันวินาศภัย	ใบอนุญาดเลขที่		
<u>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</u> ให้ตอบคำถามข้างดันตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้						