



\*โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน\*

<b>ใบคำขอเอาประกันภัย</b> <b>กรมธรรม์ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม</b> <b>แผน TIP Platinum Health Care (Non Covid-19)</b>		Application No.....																																								
<b>1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย</b> ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว ..... นามสกุล ..... เลขที่ประจำตัวประชาชน ..... (พร้อมแนบสำเนา) ว/ด/ป เกิด (พ.ศ.) ...../...../..... อายุ ..... ปี 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 ..... มือถือ..... E-mail..... อาชีพ ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้/เดือน..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน..... บาท ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์ ..... ต่อ.....																																										
<b>2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์</b> 1. ชื่อ-สกุล..... 2. ชื่อ-สกุล.....		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : .....																																								
<b>3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย</b> : เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.																																										
<b>4. แผนประกันภัย (บาท)</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>อายุ (ปี)</th> <th>แผน 1</th> <th>แผน 2</th> <th>แผน 3</th> <th>แผน 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 วัน - 5 ปี</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 75,186</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 38,015</td> </tr> <tr> <td>6 - 15 ปี</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 48,662</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 25,338</td> </tr> <tr> <td>16 - 30 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 33,214</td> <td><input type="checkbox"/> 28,362</td> <td><input type="checkbox"/> 20,217</td> <td><input type="checkbox"/> 15,365</td> </tr> <tr> <td>31 - 40 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 31,370</td> <td><input type="checkbox"/> 26,990</td> <td><input type="checkbox"/> 18,249</td> <td><input type="checkbox"/> 13,870</td> </tr> <tr> <td>41 - 50 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 42,645</td> <td><input type="checkbox"/> 36,506</td> <td><input type="checkbox"/> 25,578</td> <td><input type="checkbox"/> 19,439</td> </tr> <tr> <td>51 - 60 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 54,343</td> <td><input type="checkbox"/> 46,388</td> <td><input type="checkbox"/> 33,145</td> <td><input type="checkbox"/> 25,190</td> </tr> <tr> <td>61 - 70 ปี</td> <td><input type="checkbox"/> 68,557</td> <td><input type="checkbox"/> 58,357</td> <td><input type="checkbox"/> 42,520</td> <td><input type="checkbox"/> 32,316</td> </tr> </tbody> </table>			อายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	14 วัน - 5 ปี		<input type="checkbox"/> 75,186		<input type="checkbox"/> 38,015	6 - 15 ปี		<input type="checkbox"/> 48,662		<input type="checkbox"/> 25,338	16 - 30 ปี	<input type="checkbox"/> 33,214	<input type="checkbox"/> 28,362	<input type="checkbox"/> 20,217	<input type="checkbox"/> 15,365	31 - 40 ปี	<input type="checkbox"/> 31,370	<input type="checkbox"/> 26,990	<input type="checkbox"/> 18,249	<input type="checkbox"/> 13,870	41 - 50 ปี	<input type="checkbox"/> 42,645	<input type="checkbox"/> 36,506	<input type="checkbox"/> 25,578	<input type="checkbox"/> 19,439	51 - 60 ปี	<input type="checkbox"/> 54,343	<input type="checkbox"/> 46,388	<input type="checkbox"/> 33,145	<input type="checkbox"/> 25,190	61 - 70 ปี	<input type="checkbox"/> 68,557	<input type="checkbox"/> 58,357	<input type="checkbox"/> 42,520	<input type="checkbox"/> 32,316
อายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4																																						
14 วัน - 5 ปี		<input type="checkbox"/> 75,186		<input type="checkbox"/> 38,015																																						
6 - 15 ปี		<input type="checkbox"/> 48,662		<input type="checkbox"/> 25,338																																						
16 - 30 ปี	<input type="checkbox"/> 33,214	<input type="checkbox"/> 28,362	<input type="checkbox"/> 20,217	<input type="checkbox"/> 15,365																																						
31 - 40 ปี	<input type="checkbox"/> 31,370	<input type="checkbox"/> 26,990	<input type="checkbox"/> 18,249	<input type="checkbox"/> 13,870																																						
41 - 50 ปี	<input type="checkbox"/> 42,645	<input type="checkbox"/> 36,506	<input type="checkbox"/> 25,578	<input type="checkbox"/> 19,439																																						
51 - 60 ปี	<input type="checkbox"/> 54,343	<input type="checkbox"/> 46,388	<input type="checkbox"/> 33,145	<input type="checkbox"/> 25,190																																						
61 - 70 ปี	<input type="checkbox"/> 68,557	<input type="checkbox"/> 58,357	<input type="checkbox"/> 42,520	<input type="checkbox"/> 32,316																																						
<b>5. การชำระเบี้ยประกันภัย</b> : รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (ตัวอักษร) ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว) <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> บัตรเครดิต ธนาคาร ..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ...../..... <input type="checkbox"/> โอนเงินผ่านธนาคารเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) <table style="width:100%;"> <tr> <td>ธนาคารกสิกรไทย</td> <td>สาขาสีลม</td> <td>เลขที่บัญชี 001-1-10196-8</td> <td>บัญชีกระแสรายวัน</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารกรุงไทย</td> <td>สาขาถนนอโศก-ดินแดง</td> <td>เลขที่บัญชี 056-1-05949-7</td> <td>บัญชีเงินฝากออมทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารทหารไทย</td> <td>สาขาราชดำเนิน</td> <td>เลขที่บัญชี 002-2-19832-9</td> <td>บัญชีเงินฝากออมทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารไทยพาณิชย์</td> <td>สำนักงานใหญ่</td> <td>เลขที่บัญชี 001-3-11904-2</td> <td>บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน</td> </tr> <tr> <td>ธนาคารกรุงเทพ</td> <td>สาขาพระราม 9</td> <td>เลขที่บัญชี 215-3-02200-5</td> <td>บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน</td> </tr> </table>			ธนาคารกสิกรไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี 001-1-10196-8	บัญชีกระแสรายวัน	ธนาคารกรุงไทย	สาขาถนนอโศก-ดินแดง	เลขที่บัญชี 056-1-05949-7	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์	ธนาคารทหารไทย	สาขาราชดำเนิน	เลขที่บัญชี 002-2-19832-9	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์	ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี 001-3-11904-2	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน	ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี 215-3-02200-5	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																				
ธนาคารกสิกรไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี 001-1-10196-8	บัญชีกระแสรายวัน																																							
ธนาคารกรุงไทย	สาขาถนนอโศก-ดินแดง	เลขที่บัญชี 056-1-05949-7	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์																																							
ธนาคารทหารไทย	สาขาราชดำเนิน	เลขที่บัญชี 002-2-19832-9	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์																																							
ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี 001-3-11904-2	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																																							
ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี 215-3-02200-5	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน																																							
<b>คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ</b> 6. ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ..... 7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....																																										

**\*โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน\***

<p>8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>โรคเมร็ง เนื่องจาก ชีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษามีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลัสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบ B,C โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต พุพพลภาพพิการ หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย      <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ ..... </p>	
<p>9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษารับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ ( หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย      <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ..... </p>	
<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 <b>ที่ยังไม่ได้กระทำ</b> หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย      <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ ..... </p>	
<p>13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) <b>ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษารักษาจากแพทย์</b> 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><b>การรับรองของผู้เอาประกันภัย</b></p> <p>เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แสดงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทเคยเห็นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายขอเว้นความคุ้มครองเฉพาะ โรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ</p>	
<p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ซึ่งต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>	
<p>ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่ .....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ</p>	
<p>วันที่ขอเอาประกันภัย ..... ลงชื่อผู้เอาประกันภัย .....</p> <p>วัน..... เดือน..... พ.ศ..... (.....)</p>	
<p><input type="checkbox"/> ถูกัดตรง      <input type="checkbox"/> ตัวแทน      <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....</p>	
<p><b>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</b></p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบการรับประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p>	