

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยทิพยแบบพิเศษ (แผน PA Super Plus)				Application No.....		
1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว..... นามสกุล เลขที่ประจำตัวประชาชน (พร้อมแนบสำเนา) วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) 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..... E-mail อาชีพ*..... ลักษณะงานที่ทำ*..... รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ ต่อ.....						
2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....						
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.						
4. ข้อตกลงความคุ้มครอง						
ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (อบ.1)	ทุนประกันภัยตามแผนความคุ้มครอง (บาท)					
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ซากตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ(อบ.1) - จากอุบัติเหตุทั่วไป - จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย - จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	300,000	300,000	700,000	700,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ซากตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ สาธารณะ (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1)	100,000	100,000	300,000	300,000	700,000	700,000
3. การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	5,000	5,000	15,000	15,000	30,000	30,000
4. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) (1 ครั้ง/วัน สูงสุด 30 ครั้ง/ปี) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000	1,000	1,500	1,500	2,000	2,000
5. การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุและต่อระยะเวลาเอาประกันภัย)	ไม่คุ้มครอง	300 ต่อวัน	ไม่คุ้มครอง	500/วัน	ไม่คุ้มครอง	800/วัน
6. ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	ไม่คุ้มครอง	10,000	ไม่คุ้มครอง	30,000	ไม่คุ้มครอง	70,000
7. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	20,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 - 65 ปี / คน / ปี						
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	<input type="checkbox"/> 700	<input type="checkbox"/> 850	<input type="checkbox"/> 1,350	<input type="checkbox"/> 1,550	<input type="checkbox"/> 2,550	<input type="checkbox"/> 2,850
5. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่						
6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่						
7. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยด้วยสาเหตุของโรค จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่						

8. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง(เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?
☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่?
☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่?
☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

11. ท่านเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพ ดังนี้ จักรยานยนต์รับจ้าง / คนงานก่อสร้าง / ช่างยนต์ / กรรมกร / พนักงานเหมือง / ชาวประมง / พนักงานทำความสะอาดกระเจก / ช่างไฟฟ้า / ช่าง / พนักงานดับเพลิง / นักแสดงสดบนเวที / พนักงานขับรถโดยสาร/คนขับรถแท็กซี่ / คนขับรถขนส่งประจำทาง / นักแข่งรถ / นักมวย / นักประดาน้ำ / นักปีนเขา / พนักงานขุดเจาะ / คนขับเรือ / อาสาสมัครกู้ภัย / พนักงานติดตั้งเสาอากาศ / พนักงานติดตั้งป้ายโฆษณา / นักศึกษาแผนกช่าง / พนักงานส่งเอกสาร / คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม / คนงานในโรงงานผลิตแก๊ส / พนักงานเช็กระบบอาคารสูง หรืออาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในระดับเดียวกัน
☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอถอนเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่
☐ ไม่มีความประสงค์
ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย.....
 (.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

☐ ประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

Direct Agent Broker License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ
 ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

*อาชีพที่ไม่รับประกันภัย : จักรยานยนต์รับจ้าง, คนงานก่อสร้าง, ช่างยนต์, กรรมกร, พนักงานเหมือง, ชาวประมง, พนักงานทำความสะอาดกระเจก รวมถึงอาคารสูง, ช่างไฟฟ้า, ช่าง, พนักงานดับเพลิง, พนักงานแสดงสดบนเวที, พนักงานขับรถโดยสาร, คนขับรถแท็กซี่หรือรถขนส่งประจำทาง, นักแข่งรถ, นักมวย, นักประดาน้ำ, นักปีนเขา, พนักงานขุดเจาะ, คนขับเรือ, อาสาสมัครกู้ภัย, พนักงานติดตั้งเสาอากาศหรือป้ายโฆษณา, นักศึกษาแผนกช่าง, พนักงานส่งเอกสาร, คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม หรือผลิตแก๊ส หรืออาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในระดับเดียวกัน

*ผู้ที่ประกอบอาชีพ นักเรียน สามารถซื้อได้เฉพาะแผนที่ไม่มีความคุ้มครองค่าชดเชยรายได้เท่านั้น

*ผู้เอาประกันภัย 1 คน สามารถซื้อ PA Super Plus ได้สูงสุดคนละ 1 กรมธรรม์ โดยบริษัทขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์ที่เกินจากกำหนดและผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิ์เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ที่ยกเลิกนั้นให้เต็มจำนวนโดยไม่มีดอกเบี้ยแก่ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์