

ใบคำขอเอาประกันภัยทั่วไป สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง ทิพยแบบพิเศษ แผน TIP Cancer Plus			
1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ก.ก./..... ซม. เชื้อชาติ / สัญชาติ /..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล อาชีพ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์			
4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.			
5. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง: <input type="checkbox"/> แผน			
ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย 1) พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น <input type="radio"/> ไม่มี / ไม่เคย <input type="radio"/> มี / เคย โปรดระบุบุคคลที่เป็น และมะเร็งที่เป็น <input type="checkbox"/> มะเร็งเต้านม <input type="checkbox"/> มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก <input type="checkbox"/> มะเร็งรังไข่ <input type="checkbox"/> มะเร็งลำไส้ <input type="checkbox"/> มะเร็งจอตา <input type="checkbox"/> มะเร็งเม็ดเลือดขาว <input type="checkbox"/> มะเร็งอื่นๆ ระบุ.....			
2.) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดแต่ยังไม่ได้กระทำ หรือมีการตรวจร่างกายด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อหรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือมี โรคประจำตัวหรือไม่? <input type="radio"/> ไม่มี / ไม่เคย <input type="radio"/> มี / เคย โปรดระบุสาเหตุหรือชื่อโรค เมื่อเดือน/ปี ชื่อสถานพยาบาล			
3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> มี / เคย โปรดระบุ			
4) ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ทำให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> มี โปรดระบุ ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท			
5) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ในอดีต <input type="radio"/> ไม่สูบ <input type="radio"/> เคยสูบวันละ มวน สูบเป็นเวลานาน ปี ปัจจุบัน <input type="radio"/> ไม่สูบ <input type="radio"/> สูบวันละ มวน			
6) ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่? <input type="radio"/> เคย / มี โปรดระบุโรคที่เป็น <input type="checkbox"/> โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) <input type="checkbox"/> ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) <input type="checkbox"/> ตับแข็ง, ตับอักเสบบี <input type="checkbox"/> ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)			



<input type="checkbox"/> มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก (Cervix Dysplasia) <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท: อวัยวะที่เป็น:) <input type="radio"/> ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด <input type="radio"/> ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย <input type="radio"/> ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี..... โรงพยาบาล..... ผลตรวจเนื้อเยื่อ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ <input type="radio"/> แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุก ๆ <input type="checkbox"/> 3 เดือน <input type="checkbox"/> 6 เดือน <input type="checkbox"/> 1 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ปี <input type="radio"/> ไม่เคย / ไม่มี โรคดังกล่าวข้างต้น	ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ <p style="text-align: center;">เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p> ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ <input type="checkbox"/> มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (.....) </div> <div> วันที่ขอเอาประกันภัย วัน..... เดือน พ.ศ. </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> ประกันภัยโดยตรง Direct </div> <div> <input type="checkbox"/> ตัวแทน Agent </div> <div> <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย Broker </div> <div> <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่ License No. </div> </div>	
<p style="text-align: center;">คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่าย ค่าสินไหมทดแทนได้</p>	