



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นพื้ที่คนไทย

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

\*โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน\*

**ใบคำขอเอาประกันภัย** Application No.....

**กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย เอ็กซ์ตรา แคร่**  
(แผนประกันภัย สำหรับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ธุรกิจก๊าซ ปตท)

1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย  
 ชื่อ  นาย  นาง  นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา)  
 ว/ค/ป เกิด (พ.ศ.) ...../...../..... อายุ ..... ปี น้ำหนัก ..... กก. ส่วนสูง ..... ซม. เชื้อชาติ ..... สัญชาติ .....  
 สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 ..... โทรศัพท์.....  
 มือถือ..... E-mail..... อาชีพ..... ตำแหน่ง.....  
 ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้/เดือน..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน..... บาท  
 ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ.....  
 \*สำหรับกรณีบุตรเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพให้ บิดา - มารดา โปรดระบุ  
 ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน .....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ 1. ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : .....

2. ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : .....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :

สถานภาพและช่วงอายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
สำหรับสมาชิก อายุไม่เกิน 60 ปี	<input type="checkbox"/> 4,282	<input type="checkbox"/> 8,564	<input type="checkbox"/> 7,935	<input type="checkbox"/> 15,617
สำหรับคู่สมรส และบุตร อายุตั้งแต่ 24 – 60 ปี	<input type="checkbox"/> 6,298	<input type="checkbox"/> 12,595	<input type="checkbox"/> 11,669	<input type="checkbox"/> 22,964
สำหรับบุตร อายุไม่ต่ำกว่า 14 วัน – 23 ปี	<input type="checkbox"/> 10,580	<input type="checkbox"/> 21,159	<input type="checkbox"/> 19,604	<input type="checkbox"/> 38,581
สำหรับสมาชิกหรือคู่สมรสอายุ 61 – 75 ปี รวมถึงบิดาหรือมารดาอายุไม่เกิน 75 ปี	<input type="checkbox"/> 7,197	<input type="checkbox"/> 14,395	<input type="checkbox"/> 13,335	<input type="checkbox"/> 26,245

5. การชำระเบี้ยประกันภัย: รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (ตัวอักษร) ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)  
 เงินสด  
 บัตรเครดิต ธนาคาร ..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ...../.....  
 ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา ..... บัญชีเลขที่.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่  ไม่มี  มี โปรดระบุ.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคเมเร็ง เนื่องจาก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษารักษาผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไ้ฆมันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลัสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....





\*โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน\*

9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....
10. ปัจจุบัน ท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้น จากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่
<input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุสาเหตุ.....
11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....
12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด <b>ที่ยังไม่ได้กระทำ</b> หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....
13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ( อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้ออก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) <b>ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษารักษาหรือปรึกษาจากแพทย์</b> หรือไม่
<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ.....
14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่
<input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....
<b>คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย</b> เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า ธรรมเนียมประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทเห็นความที่ได้อบรมในเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะ โรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมความเงื่อนไขนี้ทุกประการ
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV
ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกู้เงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่ .....
<input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์ ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับกับกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ
วันที่ขอเอาประกันภัย      ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....
วัน..... เดือน..... พ.ศ.....      (.....)
<input type="checkbox"/> ประกันตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ .....      ในใบอนุญาตเลขที่ .....
<b>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</b> ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

