



<b>ใบคำขอเอาประกันภัย</b> <b>กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม</b> <b>แผนสหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท</b>																																	
<b>1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอประกันภัย</b> 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..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ..... *สำหรับกรณีบุตรเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพให้ บิดา - มารดา โปรดระบุ ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน.....																																	
<b>2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์</b> ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย: ..... ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....																																	
<b>3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย :</b> เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.																																	
<b>4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">อายุ (ปี)</th> <th colspan="4" style="text-align: center;">เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">แผน 1</th> <th style="text-align: center;">แผน 2</th> <th style="text-align: center;">แผน 3</th> <th style="text-align: center;">แผน 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">สำหรับสมาชิก อายุไม่เกิน 60 ปี</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4,282</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8,564</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 7,935</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15,617</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">สำหรับคู่สมรส และบุตร อายุตั้งแต่ 24 - 60 ปี</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6,298</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 12,595</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 11,669</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 22,964</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">สำหรับบุตร อายุไม่ต่ำกว่า 14 วัน - 23 ปี</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10,580</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 21,159</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 19,604</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 38,581</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">สำหรับสมาชิกหรือคู่สมรสอายุ 61 - 75 ปี รวมถึงบิดาหรือมารดาอายุไม่เกิน 75 ปี</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 7,197</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 14,395</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 13,335</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 26,245</td> </tr> </tbody> </table>					อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี				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
อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี																																
	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																													
<b>5. การชำระเบี้ยประกันภัย:</b> <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> บัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา ..... บัญชีเลขที่..... <input type="checkbox"/> บัตรเครดิต ธนาคาร ..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ..... รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)																																	
<b>คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ</b> <b>6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่</b> <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ.....																																	
<b>7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่</b> <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....																																	
<b>8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่</b> โรคเมอเร็ง เนื้องอก ชีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษากรณีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลัสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทุพพลภาพ พิการโรคจิตประสาท / เคยใช้สารเสพติด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่ <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....																																	
<b>9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)</b> <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....																																	



<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 <u>ที่ยังไม่ได้กระทำ</u> หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ .....</p>	
<p>13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) <u>ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษารักษาหรือปรึกษาจากแพทย์</u> 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>คำรับรองของผู้เอาประกันภัย</b></p> <p>เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทฯ กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัททักเินตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ</p> <p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p> <p>ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>	
<p>ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกู้เงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่ .....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท</p>	
<p>ลงชื่อผู้เอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย</p> <p>(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....</p>	
<p><input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....</p>	
<p><b>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</b></p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่คปภ.เป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p>	