



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นพหุภาคี

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยทิพยแบบพิเศษ (PA Plus)

Application No.....

1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ [] นาย [] นาง [] นางสาว..... นามสกุล เลขที่ประจำตัวประชาชน (พร้อมแนบสำเนา)
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) น้ำหนัก (กก.)..... ส่วนสูง (ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ [] โสด [] สมรส [] ม่าย [] หย่า
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... E-mail
อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน..... บาท
ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ.....

2. รายละเอียดผู้รับประกัน ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.

Table with 5 columns: Coverage Description, Plan 1, Plan 2, Plan 3, Plan 4. Rows include death benefit, hospitalization, medical expenses, and dental services.

5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุ
สัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

[] ใช่ โปรดระบุ [] ไม่ใช่

6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุ ของโรค หรือการบาดเจ็บ
ร้ายแรงใช่หรือไม่ [] ใช่ โปรดระบุ [] ไม่ใช่

7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจหรือหลอดเลือดหัวใจ
โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคตับอักเสบจากไวรัส B,C โรคถุงลมโป่งพองในปอด วัณโรค โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV โรคเบาหวาน*
โรคความดันโลหิตสูง* [] ใช่ โปรดระบุ [] ไม่ใช่

8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่
[] ใช่ โปรดระบุ [] ไม่ใช่

9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ
[] ใช่ โปรดระบุ [] ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่อง
เกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหา
เชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

หากผู้ขอเอาประกันภัย ตอบว่าใช่ ในข้อใดข้อหนึ่ง
ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย
(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.

[] ประกันภัยโดยตรง [] ตัวแทน [] นายหน้าประกัน ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตนเป็นโมฆะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

