



ใบคำขอเอาประกันภัย  
กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทิพย แบบพิเศษ  
Dhipaya - Dengue Fever

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล .....  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ..... / ..... เซ็นติเมตร / สัณฐาน ..... / .....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมลล์ .....  
อาชีพ ..... สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด .....  
ผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน (IPD) และกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) อันเนื่องมาจากโรคไข้เลือดออก ต่อครั้ง	25,000	50,000	75,000
2. เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม อันเนื่องมาจากโรคไข้เลือดออก ต่อวัน (สูงสุด 30 วัน/ครั้ง)	1,200	1,500	2,000
เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / ปี	<input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 280	<input type="checkbox"/> 430

\*ข้อเสนอไม่คุ้มครองเจ็บป่วยอันเนื่องจากรโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) ภายในระยะเวลา 15 วัน (Waiting Period)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร โดยยินยอมให้เรียกเก็บเงินจาก  บัตรวีซ่า  บัตรมาสเตอร์

หมายเลขบัตรเครดิต ..... บัตรหมดอายุ .....

เจ้าของบัตรเครดิต (ลงชื่อ) ..... (ลายมือชื่อเหมือนหลังบัตรเครดิต)

ชำระผ่านธนาคาร

โอนเงินผ่านธนาคารเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ธนาคารกรุงไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี	001-1-10196-8	บัญชีกระแสรายวัน
ธนาคารกรุงไทย	สาขานนทบุรี-ดินแดง	เลขที่บัญชี	056-1-05949-7	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
ธนาคารทหารไทย	สาขาสยามเสื่อป่า	เลขที่บัญชี	046-2-66952-4	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี	001-3-11904-2	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี	215-3-02200-5	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน

กรุณาแสดงหลักฐานการโอนเงินและใบคำขอเอาประกันภัย พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนให้แก่เจ้าหน้าที่บริษัทฯ ที่ท่านติดต่อเพื่อทำการออกกรมธรรม์





**ค้ำถามเรื่องประวัติสุขภาพของหุ้ขอเอาประกันภัย**

1) ท้ำนมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จ้ำนวนเงินเอาประกันภัย.....บัท

2) ท้ำนเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จ้ำนวนเงินเอาประกันภัย.....บัท

3) ท้ำนมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?

ไม่มี  มี (โปรดระบุ) .....

หุ้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอกเงินบำนาญเงินได้ค้ำตามกฎหมายว่าด้วยภัยอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ค้อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากหุ้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นหุ้มีหน้าที่เสียภัยเงินได้ค้ำตามกฎหมายว่าด้วยภัยอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภัยที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ไม่มีความประสงค์

หุ้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไข้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของหุ้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปลก.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

หุ้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และหุ้ขอเอาประกันภัยรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ หุ้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้ค้ำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมุลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของหุ้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง หุ้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของหุ้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค้ำใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่หุ้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของหุ้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่หุ้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อหุ้ขอเอาประกันภัย .....  
( )

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย .....

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**ค้ำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบค้ำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากหุ้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้คคเป็น

โมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

