ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ

ข้อมูลส่วนตัวผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (รายละเอียดของหน่วยงานแกนหลักในการทำประกัน)

ชื่อ_____โทรศัพท์_____โทรสาร_____

ที่อยู่_____

ลักษณะธุรกิจ_____

จำนวนพนักงาน_____คน

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย (รายละเอียดของผู้สมัครประกัน)

ข้าพเจ้า ชื่อ_____นามสกุล_____เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด____/____/_____อายุ_____ปี

เลขประจำตัวประชาชน_____อาชีพ_____

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป_____เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ_____รายได้อื่นๆ ปีละ_____

ที่อยู่ปัจจุบัน_____เบอร์โทรศัพท์_____

ที่ทำงาน_____เบอร์โทรศัพท์_____

ผู้รับประโยชน์ : _____ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย_____

ที่อยู่ปัจจุบัน_____เบอร์โทรศัพท์_____

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน_____ (แผนมาตรฐานและแผนพิเศษ)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
ตามแผนความคุ้มครอง	200,000	

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 1 ตุลาคม 2562 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 1 ตุลาคม 2563 เวลา 16.30 น.

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ?

   ☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)

   บริษัท_____จำนวนเงินเอาประกันภัย_____บาท

   บริษัท_____จำนวนเงินเอาประกันภัย_____บาท

   บริษัท_____จำนวนเงินเอาประกันภัย_____บาท

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

   ☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท_____จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

3. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

7. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

9. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของ ข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกาย ของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่..... ลงชื่อผู้เอาประกันภัย .....

( )

<u>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</u>

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรณีใบสมัครครอบครัวใส่ข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ผู้รับประโยชน์ ๒. ..... ความสัมพันธ์ .....

ผู้รับประโยชน์ ๓. ..... ความสัมพันธ์ .....