

ใบคำขอเอาประกันภัย  
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ

ข้อมูลส่วนตัวผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ \_\_\_\_\_  
ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_  
จำนวนพนักงาน \_\_\_\_\_ คน

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป \_\_\_\_\_ เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ \_\_\_\_\_ รายได้อื่นๆ ปีละ \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
ที่ทำงาน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
ผู้รับประกันภัย : \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน \_\_\_\_\_

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น. สิ้นสุดวันที่ \_\_\_\_\_ 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. ท่านขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่  
 ไม่             เป็นครั้งคราว             เป็นประจำ
4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่  
 ไม่             เป็นครั้งคราว             เป็นประจำ
5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำ จากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคเอดส์ หรือ มีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) 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. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?  
 ไม่เคย / ไม่มี     เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_
10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?  
 ไม่เคย / ไม่มี     เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอาการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของ ข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด หรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกาย ของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ (สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย .....

( )

ตำแหน่งของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สปก.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวล

กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865