

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ

ข้อมูลส่วนตัวผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร) โทรศัพท์ 02-220-7592 โทรสาร 02-223-9684

ที่อยู่ 514 ถนนหลวง แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100

ลักษณะธุรกิจ องค์กรของรัฐ

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 _____ (ระบุ= แผนมาตรฐาน หรือแผนพิเศษ 1/2/3)

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

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 1 มีนาคม 2565 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 1 มีนาคม 2566 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 โรคเมะเร็ง 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 ไม่มีความพิการใดๆ 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

ใบคำขอเอาประกันภัย - กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/2

กรณีใบสมัครครอบครัว ใส่ข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติการ ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ผู้รับผลประโยชน์ 2.ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย..... ผู้รับผลประโยชน์ 3.ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
