

**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 \_\_\_\_\_

ผู้รับประกันภัย : \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน \_\_\_\_\_ (แผนมาตรฐานและแผนพิเศษ)

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

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 1 มีนาคม 2568 เวลา 00.01 น. สิ้นสุดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569 เวลา 24.00 น.

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท ทิพยประกันภัย 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. ท่านขับซึ่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่

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 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

7. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

9. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่มีอาการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียด ของ ข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจ แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ (สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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

( )

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย ได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัย - กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/2

กรณีใบสมัครครบถ้วนใส่ข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....  
ผู้รับประโยชน์ 2. .... ความสัมพันธ์ .....  
ผู้รับประโยชน์ 3. .... ความสัมพันธ์ .....