

กรณีใบสมัครครอบครัวยื่นข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

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 ตุลาคม 2568 เวลา 00.01 น. สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2569 เวลา 24.00

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 หรือถูกเรียก

เก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม 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 หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส 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. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?  
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_
10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?  
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

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

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย .....

( )

ตำแหน่งของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (กปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบได้ตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวล

กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัย - กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/2

กรณีใบสมัครครอบครัวยื่นข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ผู้รับประกันภัย ๒. .... ความสัมพันธ์ .....

ผู้รับประกันภัย ๓. .... ความสัมพันธ์ .....