

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ
สำหรับ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. และครอบครัว (สามี / ภรรยา / บุตร) ภาคสมัครใจรายบุคคล

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

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 _____

ความคุ้มครอง (อบ. 2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1.การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อบ. 2) - อุบัติเหตุทั่วไป - การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย - การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	500,000	1,000,000
2.การรักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง) ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	20,000	50,000	100,000
3.ค่าใช้จ่ายทันตกรรม อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (จ่ายตามจริง/วงเงินต่อปีกรมธรรม์)	3,000	5,000	10,000
4.การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุ/ต่อปีกรมธรรม์)	300 / วัน	500 / วัน	1000 / วัน
เบี้ยประกันภัยรวม	แผน 1	แผน 2	แผน 3
แผนสำหรับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. ไม่เกิน 60 ปี	<input type="radio"/> 1,045	<input type="radio"/> 2,185	<input type="radio"/> 4,085
แผนสำหรับคู่สมรส และบุตร อายุตั้งแต่ 24 - 60 ปี	<input type="radio"/> 1,045	<input type="radio"/> 2,185	<input type="radio"/> 4,085
แผนสำหรับบุตร อายุ 1 - 23 ปี	<input type="radio"/> 1,285	<input type="radio"/> 2,565	<input type="radio"/> 4,750
แผนสำหรับสมาชิก / คู่สมรส / บิดามารดา อายุ 61-75 ปี	<input type="radio"/> 1,520	<input type="radio"/> 3,135	<input type="radio"/> 5,985

ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24.00 น.

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
- ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ หน้า 1/2

5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง 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. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้ารับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้ข้าพเจ้าเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ (สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัท

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้าง

สัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865