

ใบคำขอเอาประกันภัยทั่วไป			
สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยประกันภัยโรคมะเร็ง ทิพยแบบพิเศษ			
แผน TIP Cancer Plus			
<p>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>ชื่อ-นามสกุล</p> <p>วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ..... ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ก.ก./..... ซม. เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่</p> <p>โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....</p> <p>อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ</p> <p>สถานที่ทำงาน โทรศัพท์.....</p> <p>ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....</p>			
<p>4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.</p>			
<p>5. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง: <input type="checkbox"/> แผน</p>			
<p>ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>1) พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี / ไม่เคย</p> <p><input type="radio"/> มี / เคย โปรดระบุบุคคลที่เป็น และมะเร็งที่เป็น</p> <p><input type="checkbox"/> มะเร็งเต้านม <input type="checkbox"/> มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก <input type="checkbox"/> มะเร็งรังไข่</p> <p><input type="checkbox"/> มะเร็งลำไส้ <input type="checkbox"/> มะเร็งจอตา <input type="checkbox"/> มะเร็งเม็ดเลือดขาว <input type="checkbox"/> มะเร็งอื่นๆ ระบุ.....</p>			
<p>2.) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือเคยได้รับการคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดแต่ยังไม่ได้กระทำ หรือมีการตรวจร่างกายด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อหรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือมี โรครประจำตัวหรือไม่? <input type="radio"/> ไม่มี / ไม่เคย</p> <p><input type="radio"/> มี / เคย โปรดระบุสาเหตุหรือชื่อโรค.....</p> <p>เมื่อเดือน/ปี ชื่อสถานพยาบาล</p>			
<p>3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> มี / เคย โปรดระบุ</p>			
<p>4) ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ทำให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> มี โปรดระบุ ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท</p>			
<p>5) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ในอดีต <input type="radio"/> ไม่สูบ <input type="radio"/> เคยสูบบวันละ มวน สูบเป็นเวลานาน ปี</p> <p>ปัจจุบัน <input type="radio"/> ไม่สูบ <input type="radio"/> สูบบวันละ มวน</p>			
<p>6) ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?</p> <p><input type="radio"/> เคย / มี โปรดระบุโรคที่เป็น</p> <p><input type="checkbox"/> โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV</p> <p><input type="checkbox"/> ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) <input type="checkbox"/> ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)</p> <p><input type="checkbox"/> ตับแข็ง, ตับอักเสบบ <input type="checkbox"/> ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)</p>			

มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก (Cervix Dysplasia)

โรคมะเร็ง

เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท: อวัยวะที่เป็น:)

ปัจจุบันยังเป็นอย่างอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด

ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย

ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี..... โรงพยาบาล.....

ผลตรวจเนื้อเยื่อ ปกติ ไม่ปกติ

แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุก ๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี

ไม่เคย / ไม่มี โรคดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทขอเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับฉบับ

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอถอนเงินคืนได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

ไม่มีความประสงค์

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย วันที่ขอเอาประกันภัย

() วัน..... เดือน พ.ศ.

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทน นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

Direct Agent Broker License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิขอล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่าย ค่าสินไหมทดแทนได้