ทิพยประกันภัย DHIPAYA INSURANCE ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

*โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน*

**ใบคำขอเอาประกันภัย** 保険加入申込書

**กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมี่ยม**

**แผน TIP Platinum Health Care (Covid-19)**

Application No.....

1. **รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย** 申込者／被保険者の詳細

ชื่อ นาย 男性 นาง 既婚女性 นางสาว 未婚女性 ..... 名 ..... นามสกุล..... 姓 ..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... 身分証明書番号/パスポート番号 ..... (พร้อมแนบสำเนา)

วัน/ด/ป เกิด (พ.ศ.) 生年月日（仏暦） ..... 日 ...../..... 月 ...../..... 年 อายุ ..... 年齢 ปี น้ำหนัก ..... 体重 กก. ส่วนสูง ..... 身長 ซม. เชื้อชาติ ..... 人種 สัญชาติ ..... 国籍

สถานภาพ 婚姻状況 โสด 未婚 สมรส 既婚 หม้าย 死別 หย่า 離婚 ที่อยู่ปัจจุบัน 現住所 .....

..... โทรศัพท์ 電話番号 .....

มือถือ 携帯電話番号 ..... E-mail メールアドレス ..... อาชีพ 職業 ..... ตำแหน่ง 役職 .....

ลักษณะงานที่ทำ 業務内容 ..... รายได้/เดือน 月収 ..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน その他の月収 ..... บาท

ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน 会社名／勤務先 ..... โทรศัพท์ 勤務先電話番号 ..... ต่อ 内線 .....

2. **รายละเอียดผู้รับประโยชน์** 1. ชื่อ-สกุล 保険金受取人 .....

2. ชื่อ-สกุล 保険金受取人 .....

**ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย** : 保険申込者との続柄 .....

**ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย** : 保険申込者との続柄 .....

3. **ระยะเวลาขอเอาประกันภัย** : เริ่มต้นวันที่ 保険期間 保険開始日 ..... เวลา 時刻 ..... น. สิ้นสุดวันที่ 保険満了日 ..... เวลา 24.00 น.

4. **แผนประกันภัย (บาท)** 保険プラン プラン1 プラン2 プラン3 プラン4

| อายุ (ปี) 年齢 | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
|---|---|---|---|---|
| 16 - 30 ปี 16～30歳 | ☐ 38,196 | ☐ 32,616 | ☐ 23,249 | ☐ 17,669 |
| 31 - 40 ปี 31～40歳 | ☐ 36,076 | ☐ 31,038 | ☐ 20,986 | ☐ 15,950 |
| 41 - 50 ปี 41～50歳 | ☐ 49,042 | ☐ 41,982 | ☐ 29,415 | ☐ 22,355 |
| 51 - 60 ปี 51～60歳 | ☐ 62,494 | ☐ 53,346 | ☐ 38,116 | ☐ 28,968 |
| 61 - 70 ปี 61～70歳 | ☐ 78,840 | ☐ 67,111 | ☐ 48,898 | ☐ 37,164 |

黄色の箇所は記入不要です。

**คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ** 健康状態およびその他に関する告知事項

6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
現在、Dhipaya保険公開株式会社または他の保険会社において、医療保険、重大疾病保険、生命保険、または傷害保険に加入していますか。

○ ไม่มี いいえ ○ มี โปรดระบุ はい 「はい」の場合は、詳細をご記入ください。.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
これまでに生命保険、医療保険、重大疾病保険、または個人傷害保険への加入を拒否されたこと、保険契約の更新を拒否されたこと、保険料の割増を求められたこと、または当該保険の契約条件を変更されたことがありますか。

○ ไม่เคย いいえ ○ เคย โปรดระบุ はい 「はい」の場合は、詳細をご記入ください。.....



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD. 1115 Rama 3, Chong Nonsi, Yannawa, Bangkok 10120 Thailand
Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736 Fax: +66 (0) 2239 2049 www.dhipaya.co.th

ทิพยประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

*โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน*

過去5年間から現在までに、以下の疾病に感染したこと、症状が現れたこと、治療を受けたこと、現在治療中であること、または医師から当該疾病について告知を受けたことがありますか。がん 囊胞、心臓疾患および冠動脈疾患、全身性エリテマトーデス(SLE)、糖尿病(インスリン注射歴がある場合)、肥満症(BMIが33を超える場合、肺気腫、サラセミア、クローン病、肝硬変、不全麻痺、身体機能障害

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคมะเร็ง เนื้องอก ซีสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษากรณีผู้ป่วยใน) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไขมันในเลือดสูง(ซึ่งเคยรับประทานยาลดไขมัน) โรคอ้วน (BMI มากกว่า 33 ขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคทาลาสซีเมีย โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) โรคไวรัสตับอักเสบ B,C โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทุพพลภาพ พิการ หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่

○ ไม่เคย いいえ ○ เคย はい โปรดระบุ 「はい」の場合は、詳細をご記入ください。

過去5年間から現在までに、負傷、疾病または手術に関連して、医師への相談、助言、診断、治療、薬の処方、またはその他の療法を受けたことがありますか。該当する場合は、医師による診断内容、症状または徴候、受けた治療もしくは助言、およびその年月日をご記入ください。

9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ ( หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)

○ ไม่เคย いいえ ○ เคย はい โปรดระบุ 詳細

現在、疾病、事故による負傷、病院または医療施設での入院治療後の回復期間中ですか。または、麻薬等の薬物を使用していますか。

10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่

○ ไม่ใช่ ○ ใช่ โปรดระบุสาเหตุ 「はい」の場合は、その理由をご記入ください。

過去5年間に、以下のような診断検査を受けたことがありますか。コンピューター断層撮影検査(CT検査)磁気共鳴画像検査(MRI検査)病理組織検査超音波検査(エコー検査)心電図検査血液検査尿検査

11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตร้าซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)

○ ไม่เคย ○ เคย โปรดระบุ 該当する場合は、検査結果または検査を受けた理由、検査年月日および検査を受けた医療機関をご記入ください。

医師から手術による治療、またはその他の追加診断検査を受けるよう勧められたものの、現在までに実施していないものがありますか。

12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด **ที่ยังไม่ได้กระทำ** หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล) 該当する場合は、詳細ならびに医師名および病院名をご記入ください。

○ ไม่เคย いいえ ○ เคย はい โปรดระบุ 詳細

現在、疾病または異常な症状(痛み、腫瘤、異常出血、その他の症状など)があるにもかかわらず、まだ医師の診察、治療または相談を受けていないものがありますか。

13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) **ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์** หรือไม่

○ ไม่มี いいえ ○ มี はい โปรดระบุ 詳細

現在、定期的または継続的に薬を服用していますか。または、持病もしくは慢性疾患がありますか。

14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่

○ ไม่ใช่ いいえ ○ ใช่ はい หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น 「はい」の場合は、薬剤名、服用理由または疾病名をご記入ください。

保険申込者の申告および同意事項

保険申込者および保険会社は、本保険契約において、保険申込者が本保険加入申込書に告知した負傷もしくは疾病、または保険会社が特定疾病補償除外特約に定めた負傷もしくは疾病に直接起因する負傷や疾病、これらに関連して生じた負傷や疾病、あるいはこれらの合併症については、補償の対象外とすることに合意します。保険申込者は、本条件のすべてを十分に理解し、同意するものとします。

私は、貴社が本保険に適用する保険約款および諸条件に従い、貴社との保険契約の締結を申し込みます。また、上記の記載事項がすべて正確かつ完全であることを確約し、本保険申込書が私と貴社との間に締結される保険契約の基礎となることに同意いたします。万一、私の告知内容に虚偽があり、または事実を隠蔽し、正しく告知しなかった場合には、貴社が当該保険契約を解除することに同意いたします。さらに、私は、ティパヤ保険公開株式会社(Dhipaya Insurance Public Company Limited)に対し、私の診療歴および身体・健康状態に関する記録または情報を保有する医師、病院、医療機関、その他の機関から、これらの情報の提供を受ける権限を付与いたします。これには、HIV(ヒト免疫不全ウイルス)の感染の有無を確認するための血液検査の結果に関する情報も含まれます。保険申込者は、保険事業の監督および管理を目的として、保険会社が被保険者の健康状態に関する情報およびその他の個人情報を収集・保管・利用し、タイ保険委員会事務局(OIC:Office of Insurance Commission)に開示することに同意いたします。

保険申込者は、税法に基づく所得税の免税措置の適用を希望しますか。

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่ 納税者番号

希望する 損害保険会社が、タイ歳入局の定める基準および方法に従い、保険料に関する情報をタイ歳入局へ提出および開示することに同意します。保険申込者が外国人(Non-Thai Residence)であり、税法に基づく所得税の納税義務を有する場合は、タイ歳入局から付与された納税者番号をご記入ください。

☐ ไม่มีความประสงค์ 希望しない

なお、上記の情報の提出および開示に関する同意は、被保険者が保険会社に対して取消しまたは変更の申し出を行うまで有効とします。

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

วันที่ขอเอาประกันภัย 保険申込日 ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย パスポートと同じサイン

วัน 日 เดือน 月 พ.ศ. 年 (仏暦) 保険申込者署名 (氏名 (ローマ字))

☐ ลูกค้าตรง ☐ ตัวแทน ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

**ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865**



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD.
1115 Rama 3, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120 Thailand

Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736
Fax: +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th