

ประเภทแบบประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ/ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ (ขายผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ (Online))

ชื่อโครงการ : PA Triple Plus

ผู้เอาประกันภัย : ผู้เอาประกันภัยที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 70 ปี ณ วันที่สมัคร

ระยะเวลาเอาประกันภัย : 1 ปี นับตั้งแต่วันที่เริ่มความคุ้มครอง

การคุ้มครอง : คุ้มครอง 24 ชั่วโมง สำหรับความสูญเสียหรือเสียหายจากการบาดเจ็บจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัย โดยอุบัติเหตุ และทำให้เกิดผลดังนี้

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (อป.2)	ทุนประกันภัยตามแผนความคุ้มครอง (บาท)						
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อป.2)							
1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	100,000	100,000	300,000	600,000	800,000	1,200,000
1.2 จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	100,000	300,000	600,000	800,000	1,200,000
1.3 จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	100,000	300,000	600,000	800,000	1,200,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุสาธารณะ (ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (รวมกับข้อ 1.1 แล้ว)	300,000	300,000	300,000	900,000	1,800,000	2,400,000	3,600,000
3. ผลประโยชน์ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง (สูงสุดไม่เกิน 10 สัปดาห์) (ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	สัปดาห์ละ ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
4. การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง/สูงสุด 3 ครั้งต่อปี) รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	ไม่คุ้มครอง	2,000	5,000	10,000	15,000	20,000	30,000
5. การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	วันละ 300	300	500	800	1,000	1,500	2,000
6. ผลประโยชน์ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	10,000	15,000	15,000	20,000	25,000	30,000	35,000
7. ผลประโยชน์ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลาการคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	10,000	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	20,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 - 70 ปี / คน / ปี							
เบี้ยประกันภัย (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	550	1,450	2,350	3,450	4,500	5,500	6,300

หมายเหตุ

- เบี้ยประกันภัยข้างต้น รวมอากรแสตมป์ 0.4% แล้ว
- เบี้ยประกันภัยนี้สำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 - 70 ปี (ปีพ.ศ.ปัจจุบัน ลบ ด้วยปีพ.ศ.เกิด) ณ วันที่สมัคร
- ผู้เอาประกันภัยทุกรายจะต้องกรอกใบคำขอ จะต้องมีความพร้อมร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรืออวัยวะพิการและไม่มีโรคประจำตัวและผ่านการพิจารณาตามเงื่อนไขที่บริษัทกำหนด
- ผู้เอาประกันภัย 1 คน สามารถซื้อได้สูงสุดคนละ 1 กรมธรรม์ โดยบริษัทขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์ที่เกินจากกำหนดและผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิ์เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โดยบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ที่ยกเลิกนั้นให้เต็มจำนวน โดยไม่คิดดอกเบี้ยแก่ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์
- กรณีชาวต่างชาติจำเป็นต้องมีหนังสือเดินทางและเอกสารใบอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทย (Work Permit หรือวีซ่าที่ได้รับอนุมัติจากหน่วยงานราชการ)
- แผนประกันภัยนี้ไม่รับประกันภัยผู้ที่กำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือออกค่า หรือคำแนะนำจากแพทย์ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและหรือกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง
- ทางบริษัทฯ ขอไม่รับประกันภัยผู้ที่ประกอบอาชีพ ดังนี้ จักรยานยนต์รับจ้าง/ คนงานก่อสร้าง / ช่างยนต์ / กรรมกร / พนักงานเหมือง / ชาวประมง / พนักงานทำความสะอาด / ช่างไฟฟ้า / ช่าง / พนักงานดับเพลิง / นักแสดงสตันท์แมน / พนักงานขับรถโดยสาร/คนขับรถแท็กซี่ / คนขับรถขนส่งประจำทาง / นักแข่งรถ / นักมวย / นักประดาน้ำ / นักปีนเขา / พนักงานขุดเจาะ / คนขับเรือ / อาสาสมัครกู้ภัย / พนักงานติดตั้งเสาอากาศ / พนักงานติดตั้งป้ายโฆษณา / นักศึกษาแลกเปลี่ยน / พนักงานส่งเอกสาร / คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม / คนงานในโรงงานผลิตแก๊ส / พนักงานเช็ดกระจกอาคารสูง หรืออาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในระดับเดียวกัน
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนเบี้ยประกันภัยตามจำนวนวันใหม่ที่เกิดขึ้นจริง และรวมถึงหากมีการเปลี่ยนแปลงของเงื่อนไขและหรือข้อมูลอันมีผลทำให้ความเสี่ยงภัยสูงขึ้น
- ความคุ้มครองและข้อยกเว้นต่างๆ เป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์ที่ได้รับอนุมัติจากปกติ.

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ (แผน PA Triple Plus)

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

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 _____

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (อบ.2)	ทุนประกันภัยตามแผนความคุ้มครอง (บาท)						
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อบ.2)							
1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	100,000	100,000	300,000	600,000	800,000	1,200,000
1.2 จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	100,000	300,000	600,000	800,000	1,200,000
1.3 จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	100,000	300,000	600,000	800,000	1,200,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ สาธารณะ(ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (รวมกับข้อ 1.1 แล้ว)	300,000	300,000	300,000	900,000	1,800,000	2,400,000	3,600,000
3. ผลประโยชน์ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง (สูงสุดไม่เกิน 10 สัปดาห์) สัปดาห์ละ(ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
4. การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง/สูงสุด 3 ครั้งต่อปี) รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	ไม่คุ้มครอง	2,000	5,000	10,000	15,000	20,000	30,000
5. การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ วันละ รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	300	300	500	800	1,000	1,500	2,000
6. ผลประโยชน์ค่าเลี้ยงดู กรณีผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุรวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกายและการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	10,000	15,000	15,000	20,000	25,000	30,000	35,000
7. ผลประโยชน์ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน สำหรับกรณีเสียชีวิตเนื่องมาจากการเจ็บป่วย)	10,000	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	20,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 15 - 70 ปี / คน / ปี							
เบี้ยประกันภัย (รวมอากรแสตมป์แล้ว) (บาท)	<input type="checkbox"/> 550	<input type="checkbox"/> 1,450	<input type="checkbox"/> 2,350	<input type="checkbox"/> 3,450	<input type="checkbox"/> 4,500	<input type="checkbox"/> 5,500	<input type="checkbox"/> 6,300

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

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย แบบพิเศษ หน้า 1/3

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ซื้อเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย 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. ท่านขี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะ 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. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการค้นสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท



ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

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

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

