

การประกันภัยโรคร้ายแรง PM 2.5
CRITICAL ILLNESS PROTECTION PLAN PM 2.5

ตารางผลประโยชน์	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
<p>การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคร้ายแรง ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังขั้นรุนแรง / โรคปอดระยะสุดท้าย ● โรคลำไส้เนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด ● โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน ● โรคมะเร็งระยะลุกลาม ● การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ● โรคไตวายเรื้อรัง ● ตับวาย ● การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูก ● ภาวะโคม่า ● การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง 	50,000	100,000	200,000
อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวมปี		
20 - 30	216.00	431.00	861.00
31 - 40	484.00	968.00	1,935.00
41 - 50	1,048.00	2,096.00	4,191.00
51 - 60	2,284.00	4,567.00	9,133.00
61 - 64 (กรณีต่ออายุกรมธรรม์เท่านั้น)	3,858.00	7,714.00	15,428.00

หมายเหตุ

- 1) เบี้ยประกันภัยข้างต้น รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (7%) และอากรแสตมป์ (0.4%)แล้ว
- 2) กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วย หรือ โรคเรื้อรัง ที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย
- 3) เบี้ยประกันภัยนี้สำหรับผู้สมัครเอาประกันภัย อายุ 20-60 ปี สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรือวิกลจริต ณ วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ และสามารถต่ออายุได้ถึง 64 ปี เท่านั้น
- 4) เบี้ยประกันภัยนี้มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้เอาประกันภัย
- 5) ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย โดยผ่านการพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของบริษัทฯ
- 6) ผู้เอาประกันภัย 1 คน ต่อทุนประกันภัยไม่เกิน 1,000,000 บาท
- 7) ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์

ข้อยกเว้นการประกันภัยโรคร้ายแรง PM 2.5

บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้เอาประกัน ในกรณีต่อไปนี้

- 1) เอดส์ โรคมุมิคุ้มกันบกพร่อง การติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาส และเนื้องอกร้ายแรงซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคมุมิคุ้มกัน บกพร่อง โดยผลการตรวจเลือดแสดงเป็นเลือดบวก เป็นที่มาของไวรัส HIV
- 2) โรคร้ายแรง ก่อนการทำประกันภัย
- 3) การปรากฏหรือทราบอาการของโรคร้ายแรงเป็นครั้งแรกภายใน 90 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับครั้งแรก (รายละเอียดข้อยกเว้นที่สมบูรณ์จะระบุอยู่ในกรมธรรม์)

ใบคำขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง (PM 2.5)							
CRITICAL ILLNESS INSURANCE APPLICATION (PM 2.5)							
<p>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> น.ส. นามสกุล เลขที่ประจำตัวประชาชน (พร้อมแนบสำเนา)</p> <p>วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.)...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....</p> <p>..... โทรศัพท์..... E-mail</p> <p>อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้/เดือน..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน..... บาท</p> <p>ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน โทรศัพท์ ต่อ.....</p>							
<p>2. รายละเอียดผู้รับประกันภัย ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....</p> <p>ที่อยู่..... โทรศัพท์.....</p>							
<p>3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.</p>							
<p>4. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; text-align: center;">ความคุ้มครอง</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">แผนประกันภัย และ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>ผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคร้ายแรง โรคใดโรคหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเรื้อรังขั้นรุนแรง / โรคปอดระยะสุดท้าย • โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด • โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน • โรคมะเร็งระยะลุกลาม • การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ • โรคไตวายเรื้อรัง • ตับวาย • การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูก • ภาวะโคม่า • การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> แผน 1 ทุนเอาประกันภัย 50,000</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 2 ทุนเอาประกันภัย 100,000</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 3 ทุนเอาประกันภัย 200,000</p> </td> </tr> </tbody> </table>				ความคุ้มครอง	แผนประกันภัย และ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	<p>ผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคร้ายแรง โรคใดโรคหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเรื้อรังขั้นรุนแรง / โรคปอดระยะสุดท้าย • โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด • โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน • โรคมะเร็งระยะลุกลาม • การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ • โรคไตวายเรื้อรัง • ตับวาย • การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูก • ภาวะโคม่า • การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง 	<p><input type="checkbox"/> แผน 1 ทุนเอาประกันภัย 50,000</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 2 ทุนเอาประกันภัย 100,000</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 3 ทุนเอาประกันภัย 200,000</p>
ความคุ้มครอง	แผนประกันภัย และ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)						
<p>ผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคร้ายแรง โรคใดโรคหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเรื้อรังขั้นรุนแรง / โรคปอดระยะสุดท้าย • โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด • โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน • โรคมะเร็งระยะลุกลาม • การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ • โรคไตวายเรื้อรัง • ตับวาย • การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูก • ภาวะโคม่า • การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง 	<p><input type="checkbox"/> แผน 1 ทุนเอาประกันภัย 50,000</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 2 ทุนเอาประกันภัย 100,000</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 3 ทุนเอาประกันภัย 200,000</p>						
<p>5. เบี้ยประกันภัยสุทธิ</p> <p>..... (บาท)</p>	<p>อากรแสตมป์</p> <p>..... (บาท)</p>	<p>ภาษีมูลค่าเพิ่ม</p> <p>..... (บาท)</p>	<p>เบี้ยประกันภัยรวม</p> <p>..... (บาท)</p>				

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

1) ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วย โรคมะเร็ง เนื้องอกหรือก้อนเนื้อ หรือตุ่มเนื้อ หรือซิสต์ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดออกหรือผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนการทำประกันภัย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบ B,C โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูงที่เคยนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคนี้ กลอเลสเซอร์อลินเลือดสูงเกิน 280 mg/dl โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคตับ โรคพิษสุราเรื้อรัง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพผลภาพ พิการ หรือไม่?

เคย โปรดระบุ ไม่เคย

2) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น อันเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้รับการรักษา หรือ ยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรัง อื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่?

เคย โปรดระบุ ไม่เคย

3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือถูกปฏิเสธ การต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

เคย โปรดระบุ ไม่เคย

4) ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับทิพยประกันภัย หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

มี โปรดระบุ ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท ไม่เคย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าของเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมอำนาจแก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย วันที่ขอเอาประกันภัย

(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ลูกจ้าง ตัวแทน นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

