

โครงการประกันวงเงินสินเชื่อ

วัตถุประสงค์

โครงการประกันวงเงินสินเชื่อ คือ การประกันชีวิตแผนพิเศษ มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้กู้ของสถาบันการเงินหรือสหกรณ์ ในการผ่อนชำระหนี้สินโดยเฉพาะ โดยจะช่วยปลดหรือลดภาระหนี้สินค้างชำระหากผู้กู้เสียชีวิตหรือทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร เพื่อปกป้องครอบครัวและผู้อยู่เบื้องหลังจากปัญหาหนี้สินค้างชำระหรือการยึดทรัพย์ และเพื่อมั่นใจว่ากรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินนั้น ๆ จะสืบทอดแก่ทายาทและครอบครัวโดยสมบูรณ์

คุณสมบัติของผู้สมัครเอาประกัน

1. อายุ 15-63 ปีบริบูรณ์ มีระยะเวลาผ่อนชำระหนี้สินไม่เกินอายุ 65 ปีบริบูรณ์
2. เป็นบุคคลธรรมดา
3. เป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ
4. มีสุขภาพร่างกายและจิตใจ แข็งแรงสมบูรณ์ก่อนทำประกัน
5. มีน้ำหนักและส่วนสูงตรงตามเกณฑ์ที่บริษัทกำหนด

ความคุ้มครอง

1. 24 ชั่วโมง ทั่วโลก
2. มรณกรรมทุกกรณี ยกเว้น อัคคีภัย (ฆ่าตัวตาย) ภายในปีแรกของการทำประกัน
3. การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

การจ่ายผลประโยชน์

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด จะจ่ายผลประโยชน์เป็นจำนวนเงินตามที่ระบุในตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของผู้เอาประกันที่ประสบภัย เพื่อปลดหนี้หรือลดหนี้สินค้างชำระโดยจ่ายให้แก่สหกรณ์ฯ ในฐานะเจ้าหนี้ และหากมีส่วนเหลือก็จะมอบให้แก่ผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัยต่อไป

กรณีเสียชีวิต

ในกรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต และบริษัทได้รับหลักฐานพิสูจน์การมรณกรรมของสมาชิกผู้เอาประกันภัยตามแบบและวิธีการที่บริษัทกำหนดจนครบถ้วนแล้ว บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ตามจำนวนที่ได้ระบุไว้ในตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ซึ่งจำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ณ เวลานั้น ส่วนที่เหลือของจำนวนเงินเอาประกันภัยในขณะนั้น (ถ้ามี) บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองการประกันภัยของสมาชิกผู้เอาประกันภัยแต่ละรายในอัตราส่วนตามที่ระบุไว้ หรือเท่าๆ กันหากมิได้ระบุอัตราส่วนไว้ เว้นแต่ในภายหลังได้มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์รอง และสมาชิกผู้เอาประกันภัยได้แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัททราบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวพร้อมเอกสารประกอบตามที่บริษัทระบุ

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1. ในกรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพนั้นเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน บริษัทจะจ่ายร้อยละ 50 ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ซึ่งไม่เกินจำนวนหนี้ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ส่วนที่เหลือของจำนวนเงินเอาประกันภัยในขณะนั้น (ถ้ามี) บริษัทจะจ่ายให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันภัย

2. หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังคงทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงต่อเนื่องอีกไม่น้อยกว่า 180 วัน นับถัดจากวันครบกำหนด 180 วันตามข้อ 1 บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 ของจำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อ 1 ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ซึ่งไม่เกินจำนวนหนี้ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ณ เวลานั้น ส่วนที่เหลือของจำนวนเงินเอาประกันภัยในขณะนั้น (ถ้ามี) บริษัทจะจ่ายให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันภัย และสัญญาของผู้เอาประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับทันที

3. หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตระหว่างระยะเวลา 180 วัน นับจากวันที่บริษัทได้จ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยร้อยละ 50 ในข้อ 1 บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยส่วนที่เหลือให้อีกร้อยละ 50 ของจำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อ 1 ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลักแต่ไม่เกินจำนวนหนี้ค้างชำระในขณะนั้น ส่วนที่เหลือของจำนวนเงินเอาประกันภัยในขณะนั้น (ถ้ามี) บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รอง เมื่อบริษัทได้รับหลักฐานพิสูจน์การมรณกรรมโดยถูกต้องแล้ว และสัญญาของผู้เอาประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับทันที

4. ในกรณีที่บริษัทได้จ่ายผลประโยชน์ ในข้อ 1 ให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันภัยแล้วปรากฏว่า สมาชิกผู้เอาประกันภัยได้พ้นสภาพการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ความคุ้มครองของกรมธรรม์จะถูกปรับลดลงเหลือร้อยละ 50 ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยนับตั้งแต่วันที่พ้นสภาพการทุพพลภาพนั้นเป็นต้นไป

5. ในกรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากเกิดการสูญเสียที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์ในกรณีดังกล่าวนี้ ได้ตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยให้แก่ผู้รับประโยชน์หลักแต่ไม่เกินจำนวนหนี้ค้างชำระในขณะนั้น ส่วนที่เหลือของจำนวนเงินเอาประกันภัยในขณะนั้น (ถ้ามี) บริษัทจะจ่ายให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันภัย

คำนิยาม

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง การทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นต้องเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน และกรณีต่อไปนี้จะถือว่าเป็นการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงด้วย

- 1) สูญเสียมือ หรือเท้า หรือสายตาสองข้าง
- 2) สูญเสียมือหนึ่งข้าง และเท้าหนึ่งข้าง
- 3) สูญเสียมือหนึ่งข้าง และสายตาหนึ่งข้าง
- 4) สูญเสียเท้าหนึ่งข้าง และสายตาหนึ่งข้าง

สูญเสียสายตา หมายถึง ตาบอดสนิท และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

สูญเสียมือหรือเท้า หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานโดยถาวรสิ้นเชิงของอวัยวะนั้นๆ

ข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

บริษัทจะไม่คุ้มครองการสูญเสียหรือทุพพลภาพใดๆ ที่เกิดขึ้นโดยทางตรงหรือทางอ้อม ทั้งหมดหรือแต่บางส่วนหรือสืบเนื่องจากสาเหตุ หรือเกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

1. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
 2. ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
 3. สงคราม ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การจลาจล การก่อการร้าย
 4. การบาดเจ็บขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยาน ที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
 5. ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
 6. ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม
 7. ความบกพร่องทางร่างกาย การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยทราบอยู่แล้ว ในขณะที่สัญญาประกันภัยเริ่มมีผลบังคับ แต่มิได้แจ้งให้บริษัททราบ เว้นแต่สมาชิกผู้นั้นได้เอาประกันภัยตามสัญญาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
 8. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการกระทำของสมาชิกผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้
- คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

เงื่อนไขที่สำคัญ

1. สมาชิกผู้เอาประกันภัยสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์
2. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ผู้รับประโยชน์จะต้องรีบแจ้งให้บริษัททราบภายใน 14 วัน นับแต่วันที่เสียชีวิต หากทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ส่งหลักฐานภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เริ่มเกิดทุพพลภาพ
3. กรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทจะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปี นับจากวันทำสัญญา

4. ชำตัวตายภายใน 1 ปี หรือถูกผู้รับประโยชน์ชำตัวตาย

4.1 ชำตัวตายภายใน 1 ปี ความรับผิดชอบของบริษัทจะมีเพียงคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระแล้ว

4.2 ถูกผู้รับประโยชน์ชำตัวตาย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่สหกรณ์ฯ ในฐานะ
เจ้าหนี้ หากมีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทฯ จะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัย ให้แก่
ผู้รับประโยชน์ที่ไม่มีส่วนร่วมในการชำ

การแจ้งการสูญผลภาพถาวรสิ้นเชิง

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากการสูญผลภาพถาวรสิ้นเชิง ให้ส่งหลักฐานดังกล่าวข้างต้น
ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เริ่มเกิดสูญผลภาพ แต่การไม่เรียกร้องภายในกำหนดดังกล่าวไม่ทำให้สิทธิการ
เรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถเรียกร้องได้ภายในกำหนด และได้ทำการ
เรียกร้องโดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้แล้ว

บริษัทมีสิทธิจะขอตรวจร่างกายของผู้เอาประกันภัยตามที่เห็นสมควรในระหว่างที่บริษัทพิจารณา
การเรียกร้องทดแทน

ผู้ถือกรมธรรม์

1. สหกรณ์ฯ (เจ้าหนี้) เป็นผู้ถือกรมธรรม์หลัก
2. ผู้กู้หรือผู้ขอสินเชื่อสหกรณ์ฯ ถือหนังสือรับรองการประกันชีวิตคนละ 1 ฉบับ

ระยะเวลาเอาประกัน

ตั้งแต่ 2-30 ปี (ตามระยะเวลาที่ระบุในสัญญากู้เงิน) หรือสูงสุดไม่เกินระยะเวลาตามสัญญากู้เงิน

ทุนประกัน

ไม่เกินจำนวนเงินกู้ที่ระบุในสัญญา

ความคุ้มครองเริ่มต้น

1. เมื่อสหกรณ์ฯ อนุมัติสินเชื่อ และ
2. ผู้กู้ได้ชำระค่าเบี้ยประกันแล้ว และ
3. บริษัทฯ อนุมัติรับประกันแล้ว

วันสิ้นสุดความคุ้มครอง

1. เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาเอาประกันภัยตามกรมธรรม์
2. เมื่อผู้กู้เสียชีวิต หรือตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเป็นระยะเวลา 12 เดือนติดต่อกัน
3. เมื่อผู้กู้เงินหมดภาระหนี้สิ้นกับทางสหกรณ์ และขอเวนคืนกรมธรรม์กับบริษัทฯ

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

- ชำระครั้งเดียวคุ้มครองตลอดอายุสัญญา

การพิจารณารับประกัน

1. กรณีไม่ตรวจสอบสุขภาพ
 - 1.1 จำนวนเงินเอาประกันภัยต่ำกว่า 1,500,000 บาท และ
 - 1.2 ส่วนสูง น้ำหนัก ตรงตามเกณฑ์ และ
 - 1.3 แลลงสุขภาพโดยตอบคำถามว่า “ไม่เคย” ทุกคำถาม
2. กรณีตรวจสอบสุขภาพ
 - 2.1 หนี้สิ้นเกิน 1,500,000 บาท ขึ้นไป
 - 2.2 ส่วนสูง น้ำหนัก ไม่ตรงตามเกณฑ์ โดยไม่คำนึงว่ามีเงินกู้เท่าไร
 - 2.3 ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “เคย” โดยไม่คำนึงว่ามีเงินกู้เท่าไร

ตารางน้ำหนัก และส่วนสูงประกอบการพิจารณาตรวจสอบสุขภาพ

ส่วนสูง (เซนติเมตร)	น้ำหนัก(กิโลกรัม)	
	อายุ 16-40	อายุ 41 ปีขึ้นไป
141- 145	35 – 65	38 – 60
146 – 150	38 – 70	40 – 65
151 – 155	40 – 75	43 – 70
156 – 160	43 – 80	45 – 75
161 – 165	45 – 85	48 – 80
166 – 170	48 – 90	50 – 85
171 – 180	55 – 95	58 – 90
181 – 190	60 – 105	63 – 100
191 - 200	65 - 115	68 – 110

การคำนวณอายุผู้เอาประกัน

- ให้ใช้ปี พ.ศ. ที่ผู้กู้สมัครทำประกันชีวิต ลบด้วยปี พ.ศ. ที่ผู้กู้เกิด

วิธีการคำนวณค่าเบี้ยประกัน

การคำนวณค่าเบี้ยประกันสามารถคำนวณได้ โดยแทนค่าในสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ค่าเบี้ยประกัน} = \frac{\text{จำนวนเงินกู้} \times \text{อัตราค่าคงที่(เอกสารแนบ 1)}}{1000}$$

ตัวอย่าง นาย ก อายุ 35 ปี กู้เงินกับสหกรณ์ฯ จำนวน 500,000 บาท ระยะเวลาการผ่อนชำระ 10 ปี ขอทำประกันคุ้มครองสินเชื่อ สามารถคำนวณได้ดังนี้

แทนค่า

$$\begin{aligned}\text{ค่าเบี้ยประกัน} &= \frac{(500,000 \times 24.27)}{1000} \\ &= 12,135 \quad \text{บาท}\end{aligned}$$

สรุป ทุนประกันคุ้มครองวงเงิน 500,000 บาท ระยะเวลาคุ้มครอง 10 ปี ชำระเบี้ยประกันครั้งเดียว
จำนวน 12,135 บาท

สิทธิในการลดหย่อนภาษี

ในกรณีที่ทำประกันภัยระยะเวลาดังแต่ 10 ปีขึ้นไป สามารถนำจำนวนเงินที่ชำระเบี้ยประกันภัยมาลดหย่อนภาษีได้ตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 100,000 บาท

เพศชาย

อายุ	ระยะเวลาคุ้มครอง / ระยะเวลาชำระเบี้ย (ปี)													
	2/1	3/1	4/1	5/1	6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	11/1	12/1	13/1	14/1	15/1
15	2.41	3.77	4.45	5.81	7.30	8.26	9.83	11.47	13.16	14.90	16.67	18.47	20.29	22.13
16	2.78	4.32	5.05	6.57	8.20	9.22	10.89	12.61	14.37	16.16	17.98	19.81	21.66	23.53
17	3.15	4.84	5.65	7.32	9.07	10.12	11.86	13.64	15.45	17.28	19.13	21.00	22.87	24.76
18	3.48	5.36	6.23	8.02	9.87	10.92	12.72	14.54	16.39	18.24	20.11	22.00	23.89	25.81
19	3.83	5.88	6.78	8.65	10.57	11.62	13.45	15.30	17.16	19.04	20.93	22.83	24.75	26.68
20	4.24	6.40	7.30	9.22	11.17	12.21	14.06	15.92	17.80	19.69	21.59	23.51	25.45	27.40
21	4.42	6.65	7.55	9.49	11.47	12.50	14.36	16.24	18.12	20.03	21.94	23.88	25.84	27.83
22	4.55	6.81	7.71	9.67	11.65	12.68	14.55	16.43	18.33	20.25	22.19	24.15	26.14	28.16
23	4.62	6.91	7.80	9.78	11.76	12.78	14.66	16.55	18.47	20.40	22.36	24.36	26.38	28.46
24	4.67	6.96	7.85	9.83	11.82	12.84	14.73	16.63	18.57	20.53	22.53	24.56	26.64	28.77
25	4.68	6.98	7.87	9.85	11.85	12.88	14.78	16.71	18.67	20.67	22.70	24.79	26.93	29.13
26	4.68	6.99	7.88	9.87	11.88	12.93	14.85	16.81	18.81	20.85	22.94	25.09	27.30	29.58
27	4.69	7.00	7.90	9.89	11.93	13.00	14.95	16.95	19.00	21.10	23.26	25.48	27.78	30.15
28	4.70	7.02	7.93	9.95	12.02	13.12	15.11	17.16	19.27	21.44	23.67	25.98	28.37	30.86
29	4.73	7.06	8.00	10.06	12.16	13.29	15.33	17.45	19.63	21.88	24.21	26.62	29.12	31.72
30	4.77	7.14	8.09	10.19	12.35	13.52	15.64	17.82	20.09	22.44	24.87	27.40	30.02	32.76
31	4.84	7.25	8.24	10.39	12.61	13.83	16.03	18.31	20.67	23.13	25.68	28.33	31.09	33.97
32	4.93	7.40	8.42	10.64	12.95	14.23	16.52	18.90	21.38	23.94	26.63	29.43	32.34	35.39
33	5.05	7.60	8.66	10.97	13.36	14.71	17.11	19.61	22.20	24.91	27.74	30.69	33.77	36.97
34	5.20	7.85	8.95	11.36	13.86	15.29	17.81	20.43	23.17	26.03	29.02	32.13	35.37	38.74
35	5.39	8.14	9.31	11.82	14.45	15.96	18.61	21.38	24.27	27.29	30.46	33.73	37.15	40.72
36	5.61	8.49	9.72	12.37	15.13	16.73	19.52	22.45	25.52	28.70	32.03	35.50	39.12	42.92
37	5.87	8.89	10.20	12.99	15.90	17.59	20.54	23.65	26.89	30.25	33.76	37.43	41.28	45.32
38	6.17	9.36	10.73	13.67	16.75	18.55	21.68	24.96	28.37	31.93	35.66	39.56	43.66	47.97
39	6.51	9.86	11.31	14.42	17.69	19.60	22.92	26.38	29.98	33.75	37.71	41.88	46.26	50.87
40	6.87	10.40	11.95	15.25	18.72	20.74	24.23	27.89	31.71	35.73	39.95	44.40	49.10	54.06
41	7.23	10.99	12.64	16.15	19.81	21.94	25.64	29.51	33.58	37.88	42.40	47.17	52.21	57.55
42	7.68	11.69	13.45	17.15	21.00	23.25	27.17	31.31	35.67	40.26	45.10	50.24	55.67	61.42
43	8.19	12.44	14.28	18.17	22.25	24.64	28.83	33.25	37.92	42.85	48.07	53.59	59.46	65.68
44	8.73	13.20	15.10	19.23	23.57	26.14	30.62	35.36	40.38	45.69	51.31	57.29	63.63	70.37
45	9.21	13.89	15.92	20.32	24.96	27.74	32.56	37.66	43.06	48.80	54.88	61.35	68.23	75.55
46	9.54	14.53	16.75	21.46	26.45	29.46	34.66	40.17	46.02	52.22	58.83	65.85	73.31	81.27
47	10.23	15.58	17.98	23.05	28.42	31.69	37.30	43.27	49.60	56.34	63.50	71.14	79.26	87.92
48	10.98	16.75	19.33	24.80	30.62	34.15	40.23	46.70	53.58	60.90	68.70	77.01	85.87	95.31
49	11.82	18.04	20.84	26.76	33.05	36.89	43.49	50.52	58.00	65.98	74.48	83.54	93.19	103.50
50	12.76	19.47	22.52	28.93	35.76	39.95	47.13	54.78	62.93	71.63	80.90	90.80	101.35	112.57
51	13.80	21.08	24.40	31.37	38.79	43.36	51.19	59.53	68.43	77.93	88.06	98.86	110.38	
52	14.97	22.88	26.49	34.09	42.18	47.18	55.72	64.84	74.56	84.95	96.02	107.83		
53	16.28	24.90	28.83	37.12	45.96	51.43	60.78	70.75	81.40	92.77	104.88			
54	17.74	27.15	31.47	40.52	50.19	56.19	66.44	77.37	89.03	101.46				
55	19.39	29.67	34.41	44.33	54.94	61.52	72.75	84.74	97.51					
56	21.23	32.51	37.71	48.60	60.25	67.49	79.82	92.95						
57	23.30	35.70	41.41	53.40	66.20	74.15	87.68							
58	25.64	39.28	45.59	58.78	72.85	81.59								
59	28.27	43.32	50.27	64.80	80.28									
60	31.23	47.86	55.51	71.51										
61	34.56	52.92	61.34											
62	38.26	58.54												
63	42.34													

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด
กรรมธรรมประกันภัยตกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชือ
ประกันภัยรวมชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย
(คุ้มครองการเสียชีวิตและการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร)

เพศชาย

อายุ	ระยะเวลาคุ้มครอง / ระยะเวลาชำระเบี้ย (ปี)														
	16/1	17/1	18/1	19/1	20/1	21/1	22/1	23/1	24/1	25/1	26/1	27/1	28/1	29/1	30/1
15	23.97	25.83	27.71	29.60	31.51	33.43	35.39	37.36	39.36	41.40	43.49	45.62	47.80	50.03	52.33
16	25.41	27.29	29.20	31.12	33.06	35.03	37.02	39.04	41.11	43.21	45.36	47.57	49.84	52.16	54.56
17	26.66	28.58	30.51	32.46	34.44	36.45	38.50	40.58	42.70	44.88	47.11	49.40	51.76	54.19	56.69
18	27.73	29.67	31.64	33.63	35.66	37.71	39.81	41.96	44.16	46.41	48.73	51.12	53.58	56.12	58.73
19	28.63	30.61	32.61	34.65	36.72	38.83	41.00	43.21	45.49	47.84	50.25	52.74	55.32	57.96	60.70
20	29.38	31.40	33.44	35.53	37.66	39.84	42.08	44.38	46.75	49.19	51.71	54.32	57.01	59.78	62.65
21	29.84	31.90	34.00	36.14	38.34	40.60	42.93	45.32	47.79	50.35	52.99	55.71	58.52	61.44	64.46
22	30.23	32.33	34.49	36.71	38.99	41.34	43.76	46.26	48.84	51.52	54.27	57.13	60.09	63.16	66.36
23	30.58	32.75	34.99	37.28	39.65	42.09	44.63	47.24	49.95	52.75	55.65	58.65	61.77	65.03	68.41
24	30.96	33.20	35.52	37.91	40.38	42.94	45.59	48.33	51.17	54.10	57.15	60.32	63.63	67.07	70.68
25	31.40	33.73	36.14	38.64	41.23	43.91	46.69	49.56	52.54	55.63	58.85	62.21	65.71	69.38	73.22
26	31.93	34.37	36.89	39.51	42.22	45.03	47.95	50.97	54.11	57.38	60.79	64.35	68.08	71.99	76.08
27	32.61	35.16	37.80	40.55	43.39	46.35	49.41	52.60	55.92	59.38	63.00	66.79	70.76	74.94	79.33
28	33.43	36.10	38.89	41.77	44.76	47.87	51.10	54.48	57.99	61.67	65.53	69.56	73.81	78.29	83.00
29	34.43	37.24	40.16	43.20	46.34	49.62	53.05	56.62	60.36	64.28	68.39	72.72	77.27	82.07	87.13
30	35.61	38.56	41.64	44.83	48.16	51.63	55.26	59.07	63.04	67.24	71.64	76.27	81.16	86.33	91.78
31	36.98	40.09	43.32	46.70	50.23	53.92	57.77	61.83	66.09	70.57	75.28	80.27	85.53	91.09	96.99
32	38.54	41.82	45.25	48.82	52.56	56.49	60.61	64.94	69.50	74.31	79.37	84.74	90.41	96.42	102.78
33	40.30	43.77	47.40	51.20	55.19	59.38	63.78	68.43	73.31	78.48	83.95	89.73	95.85	102.35	109.23
34	42.27	45.95	49.81	53.86	58.12	62.60	67.32	72.30	77.56	83.13	89.03	95.27	101.90	108.93	116.39
35	44.46	48.38	52.50	56.82	61.38	66.19	71.26	76.62	82.29	88.30	94.66	101.42	108.60	116.21	124.30
36	46.89	51.08	55.47	60.10	64.99	70.16	75.62	81.40	87.52	94.01	100.90	108.23	116.00	124.26	
37	49.57	54.04	58.75	63.72	68.99	74.55	80.44	86.67	93.30	100.33	107.81	115.74	124.17		
38	52.51	57.31	62.37	67.72	73.39	79.39	85.75	92.51	99.68	107.30	115.40	124.02			
39	55.75	60.90	66.35	72.11	78.23	84.72	91.61	98.93	106.71	114.98	123.77				
40	59.30	64.85	70.72	76.96	83.57	90.60	98.06	106.01	114.46	123.44					
41	63.19	69.18	75.53	82.28	89.45	97.08	105.19	113.81	122.98						
42	67.52	74.00	80.88	88.20	95.98	104.26	113.07	122.43							
43	72.28	79.31	86.77	94.72	103.17	112.17	121.75								
44	77.53	85.15	93.27	101.92	111.11	120.90									
45	83.33	91.62	100.45	109.85	119.86										
46	89.74	98.77	108.39	118.63											
47	97.16	106.99	117.46												
48	105.37	116.08													
49	114.46														
50															
51															
52															
53															
54															
55															
56															
57															
58															
59															
60															
61															
62															
63															

เพศหญิง

อายุ	ระยะเวลาคุ้มครอง / ระยะเวลาชำระเบี้ย (ปี)													
	2/1	3/1	4/1	5/1	6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	11/1	12/1	13/1	14/1	15/1
15	1.23	1.86	1.94	2.47	3.02	3.33	3.88	4.45	5.03	5.62	6.22	6.84	7.46	8.10
16	1.29	1.96	2.03	2.58	3.16	3.49	4.05	4.64	5.24	5.84	6.46	7.09	7.74	8.38
17	1.35	2.04	2.13	2.70	3.31	3.64	4.22	4.82	5.43	6.05	6.69	7.33	7.98	8.65
18	1.40	2.13	2.22	2.82	3.44	3.78	4.39	5.00	5.62	6.25	6.89	7.56	8.23	8.92
19	1.47	2.24	2.32	2.94	3.58	3.92	4.54	5.16	5.80	6.44	7.10	7.78	8.47	9.17
20	1.56	2.35	2.43	3.06	3.71	4.05	4.68	5.32	5.97	6.62	7.30	7.99	8.70	9.44
21	1.61	2.41	2.48	3.13	3.79	4.14	4.78	5.42	6.09	6.76	7.45	8.17	8.91	9.66
22	1.64	2.46	2.53	3.19	3.86	4.22	4.86	5.53	6.21	6.90	7.62	8.36	9.12	9.91
23	1.67	2.50	2.58	3.25	3.93	4.29	4.96	5.64	6.33	7.05	7.79	8.56	9.36	10.18
24	1.70	2.54	2.62	3.30	4.00	4.37	5.05	5.75	6.47	7.22	7.99	8.79	9.62	10.48
25	1.73	2.58	2.67	3.36	4.07	4.45	5.16	5.88	6.63	7.40	8.21	9.05	9.92	10.81
26	1.75	2.63	2.71	3.43	4.16	4.56	5.29	6.04	6.82	7.63	8.47	9.35	10.25	11.19
27	1.79	2.68	2.77	3.50	4.26	4.68	5.44	6.22	7.04	7.89	8.77	9.69	10.63	11.62
28	1.83	2.75	2.84	3.60	4.39	4.84	5.63	6.44	7.30	8.19	9.11	10.07	11.07	12.10
29	1.87	2.82	2.93	3.72	4.55	5.02	5.84	6.71	7.60	8.53	9.50	10.51	11.54	12.61
30	1.94	2.92	3.04	3.87	4.73	5.23	6.09	7.00	7.94	8.92	9.93	10.97	12.06	13.18
31	2.01	3.05	3.18	4.05	4.95	5.47	6.38	7.33	8.32	9.34	10.40	11.48	12.62	13.80
32	2.11	3.20	3.33	4.24	5.19	5.74	6.70	7.69	8.72	9.78	10.89	12.04	13.23	14.48
33	2.21	3.36	3.50	4.45	5.45	6.03	7.03	8.07	9.14	10.25	11.42	12.61	13.88	15.20
34	2.33	3.53	3.68	4.68	5.73	6.32	7.38	8.46	9.58	10.74	11.97	13.23	14.57	15.97
35	2.45	3.71	3.86	4.91	6.01	6.64	7.73	8.86	10.04	11.26	12.55	13.90	15.32	16.82
36	2.57	3.89	4.05	5.16	6.30	6.94	8.08	9.27	10.51	11.81	13.18	14.61	16.13	17.75
37	2.69	4.08	4.25	5.40	6.59	7.26	8.46	9.71	11.02	12.40	13.86	15.39	17.03	18.78
38	2.82	4.28	4.45	5.64	6.88	7.59	8.86	10.17	11.57	13.04	14.60	16.26	18.03	19.93
39	2.97	4.47	4.63	5.88	7.19	7.95	9.28	10.68	12.18	13.75	15.44	17.24	19.18	21.27
40	3.09	4.64	4.82	6.14	7.51	8.33	9.75	11.26	12.86	14.57	16.40	18.37	20.49	22.80
41	3.16	4.80	5.02	6.41	7.88	8.76	10.28	11.91	13.64	15.50	17.50	19.67	22.02	24.58
42	3.34	5.07	5.31	6.80	8.36	9.32	10.97	12.72	14.62	16.65	18.86	21.26	23.88	26.72
43	3.54	5.39	5.64	7.24	8.93	9.96	11.76	13.68	15.75	18.00	20.45	23.12	26.04	29.22
44	3.77	5.75	6.04	7.74	9.57	10.71	12.67	14.78	17.08	19.58	22.30	25.29	28.55	32.12
45	4.03	6.15	6.48	8.33	10.33	11.59	13.74	16.08	18.64	21.42	24.47	27.81	31.47	35.48
46	4.34	6.63	7.00	9.02	11.21	12.61	15.00	17.61	20.47	23.59	27.00	30.75	34.86	39.35
47	4.69	7.19	7.60	9.83	12.26	13.83	16.50	19.42	22.62	26.12	29.96	34.17	38.77	43.79
48	5.11	7.85	8.32	10.80	13.50	15.27	18.27	21.54	25.13	29.07	33.39	38.11	43.26	48.87
49	5.61	8.64	9.19	11.95	14.97	16.97	20.34	24.03	28.07	32.50	37.33	42.62	48.37	54.65
50	6.21	9.59	10.21	13.31	16.71	18.97	22.76	26.91	31.46	36.42	41.85	47.75	54.19	61.17
51	6.92	10.70	11.42	14.91	18.74	21.29	25.56	30.23	35.33	40.90	46.97	53.58	60.74	
52	7.75	12.02	12.84	16.78	21.09	23.98	28.78	34.03	39.75	45.98	52.75	60.11		
53	8.74	13.55	14.48	18.92	23.79	27.03	32.43	38.31	44.72	51.67	59.23			
54	9.87	15.31	16.35	21.37	26.85	30.49	36.54	43.12	50.28	58.04				
55	11.16	17.31	18.48	24.13	30.29	34.36	41.13	48.48	56.47					
56	12.62	19.56	20.87	27.22	34.13	38.66	46.23	54.43						
57	14.25	22.07	23.53	30.64	38.39	43.44	51.88							
58	16.07	24.86	26.47	34.44	43.09	48.71								
59	18.09	27.95	29.72	38.64	48.30									
60	20.32	31.36	33.33	43.29										
61	22.79	35.15	37.33											
62	25.54	39.38												
63	28.63													

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ อัตราเบี้ยประกันภัยรวมชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท (คุ้มครองการเสียชีวิตและการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร)															
อายุ	ระยะเวลาคุ้มครอง / ระยะเวลาชำระเบี้ย (ปี)														
	16/1	17/1	18/1	19/1	20/1	21/1	22/1	23/1	24/1	25/1	26/1	27/1	28/1	29/1	30/1
15	8.76	9.41	10.09	10.78	11.48	12.21	12.96	13.73	14.52	15.33	16.18	17.03	17.93	18.84	19.77
16	9.05	9.73	10.42	11.14	11.87	12.62	13.40	14.20	15.03	15.88	16.75	17.65	18.56	19.52	20.50
17	9.33	10.04	10.75	11.49	12.26	13.04	13.85	14.68	15.54	16.42	17.33	18.27	19.23	20.22	21.26
18	9.61	10.34	11.08	11.86	12.65	13.46	14.31	15.17	16.07	16.98	17.94	18.90	19.92	20.96	22.05
19	9.90	10.65	11.42	12.22	13.05	13.90	14.77	15.67	16.61	17.57	18.56	19.58	20.64	21.73	22.88
20	10.19	10.97	11.77	12.61	13.46	14.36	15.27	16.21	17.18	18.18	19.22	20.29	21.40	22.57	23.78
21	10.45	11.26	12.10	12.96	13.86	14.79	15.74	16.72	17.73	18.79	19.87	21.00	22.19	23.42	24.72
22	10.73	11.58	12.45	13.35	14.29	15.25	16.24	17.27	18.33	19.44	20.59	21.78	23.04	24.35	25.74
23	11.03	11.92	12.83	13.77	14.75	15.75	16.79	17.87	18.98	20.15	21.36	22.64	23.97	25.38	26.88
24	11.37	12.29	13.24	14.23	15.25	16.29	17.39	18.52	19.69	20.93	22.22	23.58	25.02	26.54	28.16
25	11.75	12.71	13.70	14.73	15.79	16.90	18.05	19.24	20.49	21.79	23.18	24.63	26.18	27.84	29.61
26	12.17	13.18	14.21	15.28	16.41	17.56	18.78	20.04	21.37	22.76	24.25	25.82	27.51	29.31	31.25
27	12.63	13.69	14.77	15.90	17.08	18.30	19.58	20.94	22.36	23.86	25.46	27.17	29.00	30.98	33.12
28	13.15	14.25	15.39	16.58	17.82	19.13	20.49	21.93	23.46	25.08	26.83	28.70	30.71	32.90	35.26
29	13.73	14.88	16.08	17.34	18.66	20.04	21.51	23.06	24.71	26.48	28.37	30.43	32.65	35.06	37.70
30	14.35	15.57	16.84	18.18	19.58	21.06	22.64	24.32	26.11	28.05	30.14	32.40	34.86	37.54	40.46
31	15.04	16.33	17.68	19.10	20.60	22.20	23.91	25.74	27.70	29.83	32.13	34.64	37.37	40.35	43.60
32	15.78	17.14	18.59	20.12	21.73	23.47	25.33	27.33	29.50	31.84	34.40	37.18	40.21	43.53	47.14
33	16.58	18.05	19.59	21.24	23.00	24.89	26.92	29.12	31.52	34.12	36.96	40.06	43.44	47.12	51.14
34	17.46	19.02	20.70	22.48	24.40	26.48	28.71	31.15	33.81	36.70	39.87	43.32	47.07	51.18	55.64
35	18.41	20.10	21.92	23.87	25.98	28.26	30.74	33.46	36.41	39.63	43.15	46.99	51.18	55.73	60.70
36	19.47	21.31	23.29	25.44	27.77	30.29	33.06	36.07	39.36	42.95	46.87	51.14	55.80	60.88	
37	20.65	22.67	24.85	27.22	29.80	32.61	35.69	39.05	42.71	46.72	51.09	55.85	61.02		
38	21.99	24.22	26.63	29.26	32.13	35.27	38.69	42.44	46.53	50.99	55.85	61.15			
39	23.53	25.99	28.67	31.60	34.81	38.31	42.13	46.32	50.87	55.85	61.25				
40	25.30	28.05	31.03	34.31	37.88	41.79	46.07	50.73	55.80	61.34					
41	27.37	30.43	33.77	37.43	41.42	45.79	50.56	55.74	61.40						
42	29.85	33.26	37.00	41.09	45.55	50.43	55.73	61.51							
43	32.72	36.54	40.72	45.29	50.28	55.71	61.62								
44	36.03	40.32	44.99	50.09	55.65	61.69									
45	39.86	44.64	49.86	55.56	61.74										
46	44.25	49.60	55.42	61.76											
47	49.27	55.23	61.73												
48	54.99	61.63													
49	61.46														
50															
51															
52															
53															
54															
55															
56															
57															
58															
59															
60															
61															
62															
63															

พิเศษ



บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร.02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601

ใบคำขอเอาประกันชีวิต สำหรับการประกันชีวิตกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ

“โครงการ.....”
กรุณาเขียนหนังสือตัวบรรจง

ผู้เอาประกันชีวิตชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตให้กับ.....วันที่.....
ชื่อ-นามสกุล.....☐ชาย ☐หญิง ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี สถานะ ☐โสด ☐สมรส ☐อื่นๆ..... อาชีพ.....
ชื่อสถานที่ทำงาน..... หน้าที่รับผิดชอบ.....
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่บ้าน..... โทรศัพท์.....
เอกสารที่นำมาแสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ / ใบสำคัญต่างด้าว / พาสปอร์ต เลขที่.....
ออกเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ณ อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

- ผู้รับผลประโยชน์ : 1. (เจ้าหนี้), 2. / ความสัมพันธ์.....
3. / ความสัมพันธ์.....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)
บริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
 - ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การรักษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)
.....
 - ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคเลือด โรคต่อมไทรอยด์ผิดปกติ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคจิต พิการทางร่างกาย หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดโรคที่เป็น สถานพยาบาลที่รักษา)
.....
 - ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....
ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี ☐ เลิกเสพเมื่อ.....
 - ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง
ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ.....
 - ท่านสูบบุหรี่เคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ.....
 - ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
☐ ไม่มีความประสงค์ ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์
วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วย
ภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งหาก
ข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผย
ข้อเท็จจริง ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือ
หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

สำหรับเจ้าหน้าที่.....
.....

ยอดเงินชดเชย/ยอดเงินกู้ ค่าชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี
จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย..... % อัตราเบี้ยประกันชำระครั้งเดียว (ค่าคงที่)..... บาท ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท วงวดชำระเบี้ย ชำระครั้งเดียว จำนวนเบี้ยประกันเพิ่มเติมพิเศษ บาท

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะ เป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตาม
ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ผู้สมควรทำประกัน/ผู้ขอเอาประกันชีวิต ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด เลขที่ 75/72-75 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 2 ชั้น 30 ซอยสุขุมวิท 19 (วัฒนา)**

แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ผลเอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆ ของข้าพเจ้าตามหลักการทางการแพทย์ และตรวจสอบเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลูกค้าตามที่กฎหมายบังคับ รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษา

ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือ สถานอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครทำประกันชีวิต และหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของข้าพเจ้าเองจากทาง **บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด**

หากเกิดความเสียหายใด ๆ ต่อข้าพเจ้าไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิในการว่ากล่าวหรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใด ๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใด ๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม

(.....) ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบฟอร์ม

การตรวจสอบหลักฐานและรับรองความถูกต้องข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่
(กรณีขายแบบพบหน้า และผลิตภัณฑ์ ช่องทางที่มีความเสี่ยง **ต่ำ**)

วันที่ _____

ชื่อผลิตภัณฑ์ _____

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ขอเอาประกันภัย) _____ วัน เดือน ปีเกิด _____

หลักฐานแสดงตน เลขประจำตัวประชาชน/ใบอนุญาตขับขี่/หนังสือเดินทาง เลขที่ _____

ข้าพเจ้าได้ทำการ (เจ้าหน้าที่)

1.เปรียบเทียบใบหน้าผู้ขอเอาประกันภัยกับรูปบนบัตรประชาชนแล้วเป็นบุคคลเดียวกัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ตรวจสอบวันหมดอายุบัตร ☐ ไม่หมดอายุ (ระบุวันที่) _____ ☐ **หมดอายุ(ระบุวันที่) _____

****กรณีบัตรประจำตัวประชาชน เสียหาย ขำรุ่ด หรือ หมดอายุให้ดำเนินการ ดังนี้**

1. แจ้งให้ลูกค้าทำบัตรประจำตัวประชาชนใบใหม่ หรือ

2. ให้นำข้อมูลบนบัตรประจำตัวประชาชนตรวจสอบกับระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานภาครัฐ และขอเอกสารเพิ่มเติมโดยเอกสารที่ขอต้องเป็นเอกสารที่ออกโดยหน่วยงานทางการ เช่น ทะเบียนบ้าน หรือ ใบขับขี่ เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้ตรวจสอบหลักฐานการแสดงตนของผู้ขอเอาประกันชีวิตครบถ้วน ถูกต้องแล้ว

ลงนาม _____ (เจ้าหน้าที่)
()

เพื่อปฏิบัติตาม

ประกาศสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน เรื่อง แนวทางในการระบุตัวตนและพิสูจน์ตัวตนของลูกค้าและการ
ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง พ.ศ. 2564