



DHIPAYA INSURANCE

TIP Health TOP UP

ชดเชยรายได้สูงสุด
1,000 บาท ต่อวัน

คุ้มครองค่าใช้จ่ายส่วนเกิน
ผู้ป่วยปกติ หรือ ห้อง ICU

คุ้มครองประกันอุบัติเหตุ
อย่างครอบคลุม
ให้ความคุ้มครองแบบ อบ.2

ความคุ้มครอง

- คุ้มครองส่วนเกิน ค่าห้องผู้ป่วยปกติ / ICU (ต้องใช้สิทธิประโยชน์ประกันสังคม สวัสดิการบริษัท หรือ กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพฉบับอื่นเป็นอันดับแรกก่อนทุกครั้ง)
- คุ้มครองค่าชดเชยการนอน โรงพยาบาล จากอุบัติเหตุ กรณีเป็นคนไข้ใน สูงสุดวันละ 1,000 บาท
- คุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง อบ.2



ตารางเปรียบเทียบความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	ทุนประกัน				
	แบบ 1	แบบ 2	แบบ 3	แบบ 4	แบบ 5
ผลประโยชน์กรณีเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน					
ค่าห้องและค่าอาหารรวมถึงค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล(ผู้ป่วยใน) ต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	800	1,000	1,200	1,500	2,000
ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ(Intensive Care Inpatient Room) จะจ่ายค่าห้องและค่าอาหารค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล(ผู้ป่วยใน) ให้เป็นจำนวน 2 เท่าผลประโยชน์สำหรับค่าห้องและค่าอาหารค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) (จำนวนวันคุ้มครองค่าห้องผู้ป่วยปกติและค่าห้องผู้ป่วยหนักรวมสูงสุดไม่เกิน 365 วัน)	1,600	2,000	2,400	3,000	4,000
การมีส่วนร่วมจ่าย					
ความรับผิดชอบส่วนแรก(Deductible)	มี (ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องใช้ สิทธิประกันสังคม, สิทธิสวัสดิการบริษัท หรือกรณีมีประกันสุขภาพฉบับอื่นเป็นวันแรกก่อนทุกครั้ง)				
ความคุ้มครองอุบัติเหตุ					
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ- สายตาการรับฟังเสียง การมอดจอกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร จากอุบัติเหตุ (จ.บ.2)	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
ความคุ้มครองชดเชยรายได้					
เงินชดเชยรายได้รายวัน กรณีเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (Per Confinement) (ต่อวัน) หากผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ในห้องผู้ป่วยวิกฤติ(Intensive Care Inpatient Room) บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์เงินชดเชยรายได้รายวันให้ เป็น 1 เท่า	300	500	800	1,000	1,000
อายุ (ปี)					
	แบบ 1	แบบ 2	แบบ 3	แบบ 4	แบบ 5
15-30	1,425	1,920	2,765	3,450	3,815
31-40	1,545	2,010	2,900	3,665	4,015
41-50	1,700	2,195	3,135	3,990	4,435
51-60	2,150	2,350	3,300	4,285	5,150
61-70 ต่ออายุ	3,045	3,480	3,685	4,600	5,560



เงื่อนไขการรับประกัน

- คู่คุ้มครองผู้เอาประกันภัยรายใหม่อายุ 15 – 60 ปี สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรือวิกลจริต ณ วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ และต่ออายุถึง 70 ปี
- ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัยโดยการพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของบริษัทฯ
- ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องเลือกใช้สิทธิประกันสังคม, สิทธิสวัสดิการบริษัท หรือกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพฉบับอื่น เป็นอันดับแรกก่อนทุกครั้งโดยส่วนเกิน จากสิทธิประกันสังคม, สิทธิสวัสดิการบริษัทหรือกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพฉบับอื่น จึงจะสามารถเลือกใช้สิทธิความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้
- กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย / โรคเรื้อรัง ที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย และยังรักษาไม่หายก่อนกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรกและการรักษาที่ไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์
- กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ รวมถึงการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) หลังจากที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
- ค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บใดๆ หรือการเจ็บป่วยใดๆ รวมถึงการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) จะพิจารณาจากการวินิจฉัย และคำแนะนำจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์และต้องสอดคล้องกับมาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติฉบับปัจจุบันในขณะที่ผู้เอาประกันภัยเกิดการบาดเจ็บใดๆ การป่วยใดๆ หรือการติดเชื้อใดๆ
- กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้เนื่องมาจากงูน้ำดีหรือมะเร็งทั้งหมด รีดสีดวงทวารไส้เลื่อนทุกชนิด ต่อเนื้อหรือต่อกระดูก การตัดทอลซิล หรือดัดฟันชนิดทุกชนิด เส้นเลือดอุดตันที่ขา เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 120 วัน (Waiting Period) หลังจากที่ กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก
- การเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในสองครั้งหรือมากกว่านั้นด้วยสาเหตุโรคเดิมจะมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้
 - หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกไม่เกิน 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้ใช้วงเงินผลประโยชน์ที่เหลืออยู่ จากการเข้ารับการรักษาในครั้งแรก
 - หากเข้ารับการรักษาในครั้งที่สองซึ่งห่างจากครั้งแรกเกินกว่า 90 วัน โดยนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายให้นับ เป็นวงเงินผลประโยชน์ใหม่
- บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนประกันภัย แผนประกันภัยในปีต่ออายุโดยการพิจารณาจากอายุผู้เอาประกันภัย และประวัติการเรียกร้องสินไหมทดแทน
- กรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้สำรองเงินจ่ายล่วงหน้าแล้วสามารถนำ ส่งเอกสารแจ้งเคลมผ่าน แอปพลิเคชัน TIP Flash Claim ได้ตลอด 24 ชั่วโมงกรณีเอกสารครบถ้วน พิจารณาจ่ายค่าสินไหมคืนไม่เกิน 10 วันทำการ



ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทิพย พรีเมียม
แผน TIP Health TOP UP Plan

1. รายละเอียดผู้สมัคร/ผู้ขอเอาประกันภัย
 ชื่อ นาย นาง นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา)
 วัน/เดือน/ปีเกิด(พ.ศ.)..... น้ำหนัก(กก.)..... ส่วนสูง(ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 โทรศัพท์..... E-mail..... อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... ต่อ.....
 *สำหรับกรณีบุตรเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพให้ บิดา - มารดา โปรดระบุ
 ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย:
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....

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

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :

อายุ (ปี)	แผน TIP Health TOP UP Plan				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
15 - 30	<input type="checkbox"/> 1,425	<input type="checkbox"/> 1,920	<input type="checkbox"/> 2,765	<input type="checkbox"/> 3,450	<input type="checkbox"/> 3,815
31 - 40	<input type="checkbox"/> 1,545	<input type="checkbox"/> 2,010	<input type="checkbox"/> 2,900	<input type="checkbox"/> 3,665	<input type="checkbox"/> 4,015
41 - 50	<input type="checkbox"/> 1,700	<input type="checkbox"/> 2,195	<input type="checkbox"/> 3,135	<input type="checkbox"/> 3,990	<input type="checkbox"/> 4,435
51 - 60	<input type="checkbox"/> 2,150	<input type="checkbox"/> 2,350	<input type="checkbox"/> 3,300	<input type="checkbox"/> 4,285	<input type="checkbox"/> 5,150
61 - 70 ต่ออายุ	<input type="checkbox"/> 3,045	<input type="checkbox"/> 3,480	<input type="checkbox"/> 3,685	<input type="checkbox"/> 4,600	<input type="checkbox"/> 5,560

*หมายเหตุ: ค่าเบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์
 ** ผู้เอาประกันภัยทุกกรมต้องเลือกใช้สิทธิประกันสังคม, สิทธิสวัสดิการบริษัท หรือ กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพฉบับอื่น เป็นอันดับแรกก่อนทุกครั้ง โดยส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม, สิทธิสวัสดิการบริษัท หรือ กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพฉบับอื่น จึงจะสามารถเลือกใช้สิทธิความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้

5. การชำระเบี้ยประกันภัย:
 เงินสด บัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา บัญชีเลขที่.....
 บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....
 รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

6. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคเมเร็ง เนื่องจาก ซิสต์ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูง(ซึ่งเคยรับการรักษารักษาผู้ป่วยไป) โรคเบาหวาน(ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน) ไ้ไขมันในเลือดสูง(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 ทูพผลภาพ พิการโรคจิตประสาท / เคยใช้สารเสพติด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ





<p>9. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ.....</p>	
<p>10. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุสาเหตุ.....</p>	
<p>11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด บัสสภาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ</p>	
<p>12. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ</p>	
<p>13. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษารักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ</p>	
<p>14. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่ <input type="radio"/> ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น</p>	
<p>คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทฯ กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยหรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายขอเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ</p> <p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV และเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>	
<p>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ</p>	
<p>ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย</p> <p>(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.....</p>	
<p><input type="checkbox"/> ถูกคำตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่</p>	
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (กปภ.)</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่締結เป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p>	

