สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ พลัส 2008

ด้วยแผน สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ

เงินออมในบัญชีของคุณ...จะเพิ่มพูนขึ้นได้โดยไม่สะดุด

ค่ารักษาที่เท่าไหร่จึงพอ 300,000.-? หรือ 500,000.-? หรือ 800,000? หรือ ????

การเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ อาจเกิดขึ้นโดยที่เราไม่สามารถยับยั้งได้ แต่เราสามารถเตรียมพร้อมเพื่อการรักษาพยาบาลที่ดีได้ โดยไม่ส่งผลประทบต่อเงินออมของครอบครัว

ผลประโยชน์สูงสุดกับค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า

สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ ให้จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตั้งแต่ 300,000 บาท/ปี ขึ้นไป ด้วยเบี้ยประกันภัยเริ่มต้นเพียง 4,000-5,000 บาทต่อปี ยิ่งไปกว่านี้ สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ ยังให้ความคุ้มครองเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- การล้างไตในกรณีไตวายเรื้อรัง สูงสุดถึง 100,000 บาท
- การรักษาโรคมะเร็งสำหรับผู้ป่วยนอก สูงสุดถึง 100,000 บาท
- การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพจากอุบัติเหตุ สูงสุดถึง 100,000 บาท
- การให้เงินช่วยเหลือฉุกเฉิน-กรณีเสียชีวิต สูงสุดถึง 20,000.- บาท
- การแท้งบุตรอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ สูงสุดถึง 10,000.-บาทต่อครั้ง
- การรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกกรณีฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ สูงสุดถึง 10,000.- บาทต่อครั้ง

ไม่จำกัดจำนวนเงินผลประโยชน์ย่อย

สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ จะมอบความคุ้มครองในลักษณะจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคต่อครั้ง จึงไม่จำกัดจำนวนเงินของผลประโยชน์ย่อยในหมวดค่าใช้จ่ายบ็ดเตล็ดต่อไปนี้

- จำนวนวันที่ต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงการใช้ห้องไอซียู
- ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
- ค่าธรรมเนียมวินิจฉัยโรค
- การติดตามผลการรักษาพยาบาล (30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล)
- ค่าธรรมเนียมวิสัญญีแพทย์
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่ายา ค่าทำแผล ค่าตรวจในห้องแล๊ป ค่ารถพยาบาลฉุกเฉิน

อาณาเขตที่คุ้มครอง

ให้ความคุ้มครอง 24 ชั่วโมงทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังขยายความคุ้มครองอีก 90วัน ในกรณีเดินทางไปต่างประเทศทั่วโลก

แผนความคุ้มครองที่หลากหลาย

ให้ความคุ้มครองพื้นฐานได้ถึง 5 แผน ทั้ง สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ และ สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ พลัส

นอกจากนี้ ยังเลือกขยายความคุ้มครองถึง การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก โดยกำหนดจำนวนเงินผลประโยชน์ได้ด้วยตัวเอง

คุณสมบัติของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชาวไทยทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมถึงชาวต่างชาติที่มีใบอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทย
2. มีอายุระหว่าง 18-59 ปี (พิจารณาการต่ออายุกรมธรรม์รายปี ถึง 65 ปี)
3. สำหรับเด็ก ต้องมีอายุตั้งแต่ 6 เดือนบริบูรณ์ และมีบิดา หรือมารดาทำประกันภัยร่วมด้วยอย่างน้อย 1 คนโดยใช้แผนความคุ้มครองเดียวกัน
4. บริษัทฯสงวนสิทธิ์ที่จะมอบความคุ้มครองกับผู้ขอเอาประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกันภัย โดยพิจารณาจาก อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลความเสี่ยงอื่นๆ ของผู้ขอเอาประกันภัยแต่ละราย

ตัวอย่างข้อยกเว้นความคุ้มครอง

1.การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วันแรก (ยกเว้นอุบัติเหตุ)

2.สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย “Pre-Existing Conditions”

3.การเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้ในระยะเวลา 6 เดือนแรก: โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื้องอกทุกชนิด ต่อมทอมซิลอักเสบที่ต้องรับการผ่าตัด โรคไส้เลื่อน โรคริดสีดวงทวาร โรคเบาหวาน ภาวะถุงน้ำดีอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี นิ่วในทางเดินปัสสาวะ

4.ข้อยกเว้นมาตรฐานอื่นๆ ของกรมธรรม์สุขภาพและอุบัติเหตุ เช่น สภาพที่ผิดปกติโดยกำเนิด การฆ่าตัวตาย การตรวจสุขภาพ และกีฬาอันตราย เป็นต้น

เพื่อประโยชน์สูงสุดของท่าน โปรดตัดสินใจสมัครทำประกันภัย สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ ทันที !!!!

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่: ตัวแทนของท่าน หรือ แผนกประกันสุขภาพของบริษัทฯ

☐ สำนักงานใหญ่	0-2679-7600	☐ สาขาเชียงใหม่	0-5326-2096-7
☐ สาขานครสวรรค์	0-5633-1858	☐ สาขาชลบุรี	0-3845-5477
☐ สาขาขอนแก่น	0-4336-5091-2	☐ สาขาสุราษฎร์ธานี	0-7720-5300-2
☐ สาขาหาดใหญ่	0-7434-6670-2	☐ สาขาภูเก็ต	0-7624-6406-8
☐ สาขาพัทยา	0-3848-8907-9		

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย รายละเอียดเฉพาะจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ พลัส SmartCare Executive PLUS-2008

ตารางผลประโยชน์

I. การรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัด

INPATIENT HOSPITALISATION AND SURGERY CARE

ผลประโยชน์	ผลประโยชน์สูงสุด (บาท/ คน/ปี)				
	พลัส 1	พลัส 2	พลัส 3	พลัส 4	พลัส 5
1. การรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัด					
1.1 ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าการพยาบาล (ต่อวัน)	1,500	2,000	3,000	5,000	6,000
- ค่าห้องผู้ป่วยอาการหนัก (ต่อวัน) ICU	3,000	4,000	6,000	10,000	12,000
1.2 ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดในโรงพยาบาล (ต่อครั้ง) รวมถึง	ตามจริง	ตามจริง	ตามจริง	ตามจริง	ตามจริง
- ค่ารถพยาบาลฉุกเฉิน					
- ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และค่าธรรมเนียมวินิจฉัยโรค					
- การติดตามผลการรักษาพยาบาลหลังออกจากโรงพยาบาล					
- ค่าธรรมเนียมวิสัญญีแพทย์ (ต่อครั้ง)					
1.3 ค่าธรรมเนียมการเยี่ยมไข้ของแพทย์ ในโรงพยาบาล (ต่อวัน)	750	1,000	1,500	2,000	2,500
1.4 ผู้ป่วยนอกสำหรับอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง (ต่อครั้ง และรวมใน 1.2 กรณีต่อเนื่อง)	10,000	12,000	14,000	16,000	20,000
1.5 ค่าธรรมเนียมศัลยแพทย์ <u>โดยไม่ใช้ตารางผ่าตัด</u> (ต่อครั้ง)	40,000	60,000	80,000	100,000	120,000
1.6 การแท้งบุตรอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (จำนวนเงินรวมสูงสุด ต่อครั้ง)	5,000	6,000	7,000	8,000	10,000
จำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุด เฉพาะหมวด 1 (ต่อโรค/ ต่อครั้ง /ต่อปี) *	**375,000**	**500,000**	**625,000**	**750,000**	**875,000**
2. การล้างไตในกรณีไตวายเรื้อรัง และการรักษาโรคมะเร็งสำหรับผู้ป่วยนอก (ตลอดชีพ) **					
- การล้างไตในกรณีไตวายเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยนอก	50,000	60,000	70,000	80,000	100,000
- การรักษาโรคมะเร็งสำหรับผู้ป่วยนอก	50,000	60,000	70,000	80,000	100,000
3. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพจากอุบัติเหตุ (อบ.2)	50,000	60,000	70,000	80,000	100,000
4. การให้สิทธิพิเศษ (กรณีเสียชีวิต)	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000

II. การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก OUTPATIENT CARE

ผลประโยชน์สูงสุด/ครั้ง	ผลประโยชน์สูงสุด: ไม่เกิน1 ครั้ง/วัน, และ 30 ครั้ง/ปี				
OPD: 800	800	800	800	800	800
OPD: 1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
OPD: 1,500			1,500	1,500	1,500
OPD: 2,000				2,000	2,000
OPD: 2,500				2,500	2,500

หมายเหตุ Note:

* สำหรับข้อ 1.2 (ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด) และ 1.5 (ค่าธรรมเนียมศัลยแพทย์) จะได้รับการชดเชยเพิ่มเติมอีกร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายส่วนเกินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในตาราง แต่จะไม่เกินจำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุดรวมเฉพาะหมวด 1 (ไม่ใช้กับข้อ 1.6)

** จำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุดตลอดชีพ หมายถึง จำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุด ตลอดระยะเวลาที่ได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันภัยนี้แต่จะไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดที่ระบุไว้ในปีที่เกิดการเรียกร้องผลประโยชน์นี้เป็นครั้งแรก

สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ พลัส SmartCare Executive PLUS-2008

ตารางเบี้ยประกันภัย (รวมภาษีและอากรแสตมป์)

I. การรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัด

INPATIENT HOSPITALISATION AND SURGERY CARE (บาท/คน/ปี)

แผนความคุ้มครอง		พลัส 1	พลัส 2	พลัส 3	พลัส 4	พลัส 5
ช่วงอายุ (ปี)	6 เดือน-9 ปี	7,339	9,837	13,803	19,872	25,487
	10-19	5,291	6,921	9,168	13,211	16,572
	20-29	5,974	7,902	10,593	15,240	19,544
	30-35	6,315	8,393	11,396	16,398	21,029
	36-40	6,656	8,884	12,197	17,556	22,515
	41-45	7,851	10,692	15,006	21,608	27,715
	46-50	9,045	12,689	17,814	25,662	32,914
	51-55	10,410	14,970	21,024	30,295	38,858
	56-59	11,827	17,252	24,234	34,927	44,801
	* 60 - 65	13,779	20,104	28,245	40,717	52,228

II. การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก OUTPATIENT CARE

(บาท/คน/ปี :Baht/Person/Year)

แผนความคุ้มครอง		ผลประโยชน์สูงสุด/ครั้ง				
		OPD:800	OPD:1,000	OPD:1,500	OPD:2,000	OPD:2,500
ช่วงอายุ (ปี)	6 เดือน -9 ปี	5,348	6,685	10,027	13,369	16,711
	10-19	3,343	4,179	6,267	8,356	10,445
	20-29	4,346	5,432	8,147	10,863	13,578
	30-35	4,680	5,850	8,774	11,698	14,623
	36-40	5,683	7,103	10,654	14,205	17,756
	41-45	6,685	8,356	12,534	16,711	20,889
	46-50	7,688	9,609	14,414	19,218	24,022
	51-55	8,690	10,863	16,294	21,724	27,155
	56-59	10,027	12,534	18,800	25,066	31,333
	* 60 - 65	11,698	14,623	21,933	29,244	36,555

หมายเหตุ Note: *60-65 กรมธรรมต่ออายุเท่านั้น

!!!! ส่วนลดครอบครัว	
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	5%
ตังแต่ 4 คนขึ้นไป	10%

!!!! ส่วนลดเฉพาะคู่สมรส และบุตร
ที่สมัครทำประกันภัยพร้อมกัน และแผนเดียวกันเท่านั้น

คุณสมบัติของผู้ขอเอาประกันภัย Eligibility

1.ชาวไทยทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมถึงชาวต่างชาติที่มีใบอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทย

2.มีอายุระหว่าง 18-59 ปี (พิจารณาการต่ออายุกรมธรรม์รายปี ถึง 65 ปี)

3.สำหรับเด็กมีอายุตั้งแต่ 6 เดือนบริบูรณ์ และมีบิดาหรือมารดาทำประกันภัยร่วมด้วยอย่างน้อย 1 คนโดยใช้ความคุ้มครองแผนเดียวกัน

4.บริษัทฯสงวนสิทธิ์ที่จะมอบความคุ้มครองกับผู้ขอเอาประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกันภัย โดยพิจารณาจาก อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลอื่นๆ ของผู้ขอเอาประกันภัยแต่ละราย

ใบสมัครขอเอาประกันภัย สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ (หน้า 1/2)

คำเตือนของกรมการประกันภัย: ผู้ขอเอาประกันภัยจงตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย ลำดับที่ 1		
ชื่อ–นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)		
วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง(ซ.ม) น้ำหนัก(ก.ก)
สถานะภาพ (สมรส/ โสด/ อื่นๆ- โปรดระบุ)		
ที่อยู่ปัจจุบัน		
☎ **บ้าน**	มือถือ	EMAIL
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)		ลักษณะงาน
ชื่อบริษัท		ประเภทธุรกิจ
สถานที่ตั้งที่ทำงาน		
☎ ที่ทำงาน		FAX
ชื่อ–นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย ลำดับที่ 2 (คู่สมรส) - ถ้าขอเอาประกันภัย		
ชื่อ–นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)		
วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง(ซ.ม) น้ำหนัก(ก.ก)
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)		ลักษณะงาน
ชื่อบริษัท		ประเภทธุรกิจ
สถานที่ตั้งที่ทำงาน		
☎ **ที่ทำงาน**	มือถือ	EMAIL
ชื่อ–นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย ลำดับที่ 3 และ 4 (บุตร/ธิดา) - ถ้าขอเอาประกันภัย	
3. ชื่อ–นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)	
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม) น้ำหนัก(ก.ก)
ชื่อ–นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
4. ชื่อ–นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)	
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม) น้ำหนัก(ก.ก)
ชื่อ–นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

กรุณาใส่เครื่องหมาย ถูก และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้	**ไม่มี ไม่เคย**	**มี เคย**
ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย		
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ?		
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ?		
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?		
4. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ ?		
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ , การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตร้าซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจหรือไม่ ?		

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า "มี หรือ เคย" กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธ การรับประกันหรือยกเว้น สาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

กรุณาเลือกแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ					
I. การรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัด (IPD)	☐ พลัส 1	☐ พลัส 2	☐ พลัส 3	☐ พลัส 4	☐ พลัส 5
II. การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD)	☐ 800.-	☐ 1,000.-	☐ 1,500.-	☐ 2,000.-	☐ 2,500.-

กรุณาใส่เครื่องหมาย ถูก และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย

	มี	ไม่มี	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี้	วันที่ป่วย	วันที่หาย
1. ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอด หอบหืด ภูมิแพ้ ?					
2. ความผิดปกติของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน ?					
3. ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจนความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง ?					
4. ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ กระเพาะอาหาร และอาการปวดท้องเรื้อรัง ?					
5. เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่าง ๆ ?					
6. ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก ?					
7. โรคตับและถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี ?					
8. โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ?					
9. ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ?					
10. ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก?					
11. ความผิดปกติต่อมธัยรอยด์ เช่น คอพอก ธัยรอยด์เป็นพิษ ไฮโปธัยรอยด์?					
12. ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง?					
13. ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ออธีสติกส์ โรคลมชัก โรคไต/มีไตข้างเดียว เบาหวาน วัณโรค โรคเอส แอล อี โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแคระแกร็น					
14. นอกจากข้อ 13 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่ ?					
15. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่?					

<u>หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกนอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีทีเป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีทีเป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกันกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อ

ลงนาม - ผู้ขอเอาประกันภัย *วันที่สมัครทำประกันภัย*

และในฐานะของผู้แทนของ คู่สมรสและบุตร

สำหรับเจ้าหน้าบริษัทฯ ที่ที่ได้รับมอบอำนาจ:

ชื่อ:

วันที่:

☐ ตอบรับการสมัครทำประกันภัย โดยมีผลคุ้มครองทันที่ตั้งแต่ วันที่:

☐ คุ้มครองชั่วคราวตาม น.ส.ข้อยกเว้นของบริษัทฯ จึนถึงวันที่.....

☐ ไม่สามารถคุ้มครอง ขอข้อมูลเพิ่มเติม ☐ ปฏิเสธการรับประกันภัย