สมาร์ทแคร์ เอ็กเซ็กคิวทีฟ 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 สุงสุดถึง 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 SmartCare Executive-2008

ตารางผลประโยชน์

I. การรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัด

INPATIENT HOSPITALISATION AND SURGERY CARE

ผลประโยชน์	ผลประโยชน์สูงสุด (บาท/ คน/ปี)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 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	20,000	30,000	40,000	60,000	70,000
- 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	5,000	6,000	7,000	8,000	10,000
(ต่อครั้ง และรวมใน 1.2 กรณีต่อเนื่อง)					
1.5 ค่าธรรมเนียมศัลยแพทย์ <u>โดยไม่ใช้ตารางผ่าตัด</u> (ต่อครั้ง)	20,000	30,000	40,000	60,000	70,000
1.6 การแท้งบุตรอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (จำนวนเงินรวมสูงสุด ต่อครั้ง)	5,000	6,000	7,000	8,000	10,000
จำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุด เฉพาะหมวด 1 (ต่อโรค/ ต่อครั้ง/ต่อปี) *	**300,000**	**400,000**	**500,000**	**600,000**	**700,000**
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 SmartCare Executive -2008

ตารางเบี้ยประกันภัย (รวมภาษีและอากรแสตมป์)

I. การรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัด
INPATIENT HOSPITALISATION AND SURGERY CARE

(บาท/คน/ปี)

แผนความคุ้มครอง		แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
ช่วงอายุ (ปี)	6 เดือน-9 ปี	5,683	8,133	11,452	17,432	20,946
	10-19	3,718	5,309	7,464	11,342	13,632
	20-29	4,373	6,251	8,794	13,372	16,070
	30-35	4,700	6,721	9,458	14,386	17,289
	36-40	5,028	7,192	10,123	15,402	18,508
	41-45	6,174	8,839	12,449	18,954	22,775
	46-50	7,320	10,485	14,775	22,506	27,042
	51-55	8,630	12,368	17,433	26,566	31,919
	56-59	9,940	14,250	20,090	29,456	36,795
	* 60 - 65	11,578	16,603	23,413	35,701	42,891

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 คนขึนไป	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)	☐ แผน 1	☐ แผน 2	☐ แผน 3	☐ แผน 4	☐ แผน 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?					

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

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

ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ

ลงนาม - ผู้ขอเอาประกันภัย *วันที่สมัครทำประกันภัย*

และในฐานะของผู้แทนของ คู่สมรสและบุตร

สำหรับเจ้าหน้าบริษัทฯ ที่ที่ได้รับมอบอำนาจ:

ชื่อ:

วันที่:

☐ ตอบรับการสมัครทำประกันภัย โดยมีผลคุ้มครองทันที่ตั้งแต่ วันที่:

☐ คุ้มครองชั่วคราวตาม น.ส.ข้อยกเว้นของบริษัทฯ จนถึงวันที่.....

☐ ไม่สามารถคุ้มครอง ขอข้อมูลเพิ่มเติม ☐ ปฏิเสธการรับประกันภัย