

ประกันสุขภาพ 3 โรคสุดฮิต

โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือ เท้า ปาก และโรคร้ายจากยุง



มอบความห่วงใยให้คนที่คุณรัก สร้างความอุ่นใจให้ทั้งครอบครัว

ครอบคลุม ด้วยแผนประกันภัยที่เหมาะสมกับทุกช่วงวัย คุ้มครองทั้งการเจ็บป่วยจากโรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือ เท้า ปาก และโรคร้ายจากยุง

สบายใจ เมื่อนอนโรงพยาบาลยังได้รับค่าชดเชยปลอบขวัญและเงินชดเชยรายวัน ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล

คุ้มครองต่อเนื่อง รับประกันภัยตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 70 ปี และต่ออายุกรมธรรม์อย่างต่อเนื่องได้จนถึงอายุ 100 ปี

คุ้มค่า ด้วยเบี้ยประกันภัยราคาเบา ๆ ทำประกันภัยง่าย ไม่ต้องตรวจสุขภาพ

ตารางความคุ้มครองและเบี้ยประกันภัย

หน่วย : บาท

ความคุ้มครอง		แผน 1	แผน 2
ผลประโยชน์ชดเชยปลอบขวัญ กรณีเป็นผู้ป่วยในติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 วัน (แต่ละโรคชดเชย 1 ครั้งตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย)			
- โรคไข้หวัดใหญ่		10,000	30,000
- โรคมือ เท้า ปาก		10,000	10,000
- โรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะ		10,000	10,000
ผลประโยชน์ชดเชยรายวัน กรณีเป็นผู้ป่วยใน (แต่ละโรคชดเชย 1 ครั้งตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย และแต่ละโรคชดเชยสูงสุด 30 วัน นับจากวันแรกที่เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน)			
- โรคไข้หวัดใหญ่		-	1,500
- โรคมือ เท้า ปาก		-	1,000
- โรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะ		-	1,000
เบี้ยประกันภัย	เด็ก อายุ 0 - 14 ปี คนละ	300	650
	ผู้ใหญ่ อายุ 15 - 70 ปี คนละ	150	350
เบี้ยประกันภัย กรณีซื้อพร้อมกันทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในแผนความคุ้มครองเดียวกัน	เด็ก อายุ 0 - 14 ปี คนละ	300	550
	ผู้ใหญ่ อายุ 15 - 70 ปี คนละ	150	300

หมายเหตุ

- โรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever-DHF) โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus Disease) โรคไขสมองอักเสบ เจ อี (Japanese Encephalitis) โรคไขปวดข้อยุงลาย หรือโรคชิคุนกุนยา (Chikungunya) โรคไข้มาลาเรีย (Malaria) หรือโรคไข้จับสั่นหรือไข้ป่า
- รับประกันภัยตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 70 ปี และสามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้จนถึงอายุ 100 ปี
- ในการคำนวณอายุ เศษของวันหรือเดือนให้ปัดขึ้น
- ผู้เอาประกันภัยสามารถทำประกันภัยได้สูงสุดไม่เกิน 2 ฉบับ
- บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์หลังจากที่กรมธรรม์ประกันภัยในปีแรกมีผลบังคับแล้วเกินกว่า 15 วัน
- เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้เอาประกันภัย กรุณาตรวจสอบทุนประกันภัยและเบี้ยประกันภัยกับเจ้าหน้าที่
- ควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- การแถลงสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัยหรือจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย
- เบี้ยประกันภัยดังกล่าวรวมอากรและภาษีแล้ว



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดต่อแบบระบุโรค (NAMED PERILS INSURANCE)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ..... ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

2. รายละเอียดผู้รับประกัน: ทายาทโดยธรรม

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 16.30 น.

4. วิธีการชำระเบี้ยประกัน: รายปี

เงินสด

บัตรเครดิตธนาคาร

ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร

รวมจำนวนเบี้ยประกันที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

5. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

5.1 ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุ กับบริษัทกรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

ไม่มี เคย โปรดระบุ.....



5.3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง หรือโรคอื่นๆหรือไม่

ไม่เคย เคย (โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง)

คำวินิจฉัยแพทย์/สาเหตุ/อาการ/การตรวจที่ได้รับ.....

การรักษา/คำแนะนำที่ได้รับ.....

เมื่อใด/ช่วงเวลาที่ได้รับรักษา.....

ผลการรักษา ปกติ ไม่ปกติ โปรดระบุ.....

5.4 ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใจหรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุ.....

5.5 ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใจหรือไม่

ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานสัญญา ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบ สัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือด เพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือว่าสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใจ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูล ของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้