



Liberty  
Mutual.  
INSURANCE



# My Elite COVID-19

ประกันสุขภาพรายเดี่ยว – Elite Series ค้ำครอง 100,000 บาท สำหรับ โควิด - 19

ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเชื้อไวรัสโคโรนา – 19 (COVID-19) สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น

## ตารางความคุ้มครอง

**ประกันสุขภาพรายเดี่ยว Elite Series - My Elite COVID (IPD only)**

ข้อตกลงคุ้มครอง	ทุนประกัน (THB)
	แผน 1
<b>ความคุ้มครองสูงสุดต่อปี สำหรับการรักษาการเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) เท่านั้น</b> <i>ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น</i>	3,500,000
<b>ความเสียหายส่วนแรก</b> <i>* ความเสียหายส่วนแรกสำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น 14 วันแรกหลังจากเข้ามายังประเทศไทย</i>	100,000*
<b>ระยะเวลารอคอย</b>	ไม่มีระยะเวลารอคอย
<b>อาณาเขตความคุ้มครอง</b>	ประเทศไทยเท่านั้น
<b>ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (สูงสุดต่อปีกรมธรรม์)</b>	<b>3,500,000</b>
<b>1. ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพยาบาล (สูงสุด 90 วัน)</b>	
1.1 ค่าห้องผู้ป่วยปกติต่อวัน (สูงสุด 90 วัน)	8,000
1.2 ค่าห้องผู้ป่วยหนักต่อวัน (ICU/CCU) (สูงสุด 30 วัน) <i>(ความคุ้มครองสูงสุดสำหรับค่าห้องผู้ป่วยปกติ, ค่าห้องผู้ป่วยหนัก จะต้องไม่เกิน 90 วันต่อการรักษาพยาบาลต่อโรค)</i>	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริง ไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อครั้ง
<b>2. ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไปต่อโรค</b>	
2.1 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	
2.2 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	
2.3 ค่าบริการรถพยาบาลสำหรับการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในเท่านั้น)	
2.4 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ / ค่ากายภาพบำบัดกรณีผู้ป่วยใน / ค่าห้องผ่าตัดและค่าอุปกรณ์ผ่าตัด / ค่าแพทย์วิสัญญีและพยาบาลวิสัญญี / ค่าแพทย์ที่ปรึกษาทางการแพทย์ผ่าตัด กรณีไม่มีกรผ่าตัด / ค่ายกกลับบ้าน	
2.5 ค่าตรวจติดตามอาหารภายใน 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล	
<b>3. ค่าแพทย์ผ่าตัดต่อโรค (รวมไปถึงค่าปรึกษาแพทย์)</b>	
<b>4. ค่าดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ต่อวัน (สูงสุด 1 ครั้งต่อวัน)</b>	
<b>การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุทั่วไป อ.บ. 1 (รวมการถูกฆาตกรรมหรือ ถูกทำร้ายร่างกาย และอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ 100% ของทุนประกันภัย อ.บ.1 )</b>	<b>100,000</b>

อัตราเบี้ยประกันภัย	
อายุ	เบี้ยประกันต่อเดือน
15 วันจนถึง 40 ปี	3,000
41 – 60 ปี	6,000
61 – 75 ปี	10,000

**Remarks: -**

1. MY Elite COVID plan คือ ผลิตภัณฑ์ประกันสุขภาพที่คุ้มครองเฉพาะการรักษาผู้ป่วยในสำหรับการรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา โควิด19 เท่านั้น (ไม่คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคอื่น ๆ) และมีค่าเสียหายส่วนแรก 100,000 บาท สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น 14 วันแรกหลังจากเดินทางเข้ามายังประเทศไทยผ่านเจ้าหน้าที่กองตรวจคนเข้าเมือง
2. ค่าเสียหายส่วนแรก คือวงเงินที่ผู้เอาประกันจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลส่วนแรกตามจำนวนที่ได้ตกลง ต่อครั้ง หรือ ต่อโรค ไว้ก่อน โดยค่าเสียหายส่วนแรกนั้นมีผลกับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา โควิด19 ในช่วงเวลา 14 วันแรกที่เดินทางเข้ามายังประเทศไทย
3. ตารางเบี้ยประกันในแต่ละช่วงอายุมีผลต่อกรมธรรม์ในปีแรกเท่านั้น
4. อายุที่รับประกันตั้งแต่ 15 วัน จนถึง 75 ปี
5. MY Elite COVID plan เป็นการควบคุมครองในระยะสั้น เช่น หากลูกค้าเดินทางเป็นเวลา 15 วัน จะต้องซื้อควบคุมครองเต็ม 1 เดือน และสามารถซื้อได้สูงสุด 6 เดือนเท่านั้น
6. แผนประกันสุขภาพนี้ไม่คุ้มครองการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก
7. หากผู้เอาประกันได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา โควิด19 ในฐานะผู้ป่วยในและอยู่ในช่วงระยะเวลาควบคุมครองของประกันนี้ บริษัทจะคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในวงเงินสูงสุดตามทุนประกันที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์
8. กรมธรรม์ฉบับนี้ไม่คุ้มครองการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย หรือโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นก่อนหรือยังรักษาไม่หายก่อนวันที่กรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง และไม่คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่ไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์
9. ผู้สมัครจะต้องกรอกแบบฟอร์มใบสมัครอย่างครบถ้วน พร้อมแนบสำเนาหนังสือเดินทางเพื่อให้ทางบริษัทพิจารณา และต้องชำระเบี้ยประกันก่อนกรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง
10. บริษัทมีสิทธิที่จะปฏิเสธใบสมัครหรือรับประกันด้วยเงื่อนไขข้อยกเว้นที่เป็นไปตามเงื่อนไขการรับประกันของบริษัท
11. เบี้ยประกันต่ออายุนั้นจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามอายุของผู้เอาประกันภัย และผู้เอาประกันภัยบางท่านอาจจะถูกเพิ่มเบี้ยประกันหรือปฏิเสธการต่ออายุเนื่องจากประวัติการเรียกร้องสินไหมที่เกิดขึ้นในปีกรมธรรม์ก่อนหน้า
12. แผนประกันสุขภาพนี้จะไม่มีการรับประกันสุขภาพ (ผู้เอาประกันจะต้องสำรองจ่ายและส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมมายังบริษัทประกันโดยตรงเท่านั้น)

13. กรมธรรม์จะสิ้นสุดความคุ้มครองเมื่อผู้เอาประกันเดินทางออกนอกประเทศไทยหรือเมื่อถึงวันสิ้นสุดกรมธรรม์ ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ใดเกิดก่อน
14. รายละเอียดความคุ้มครองของกรมธรรม์เป็นไปตามเงื่อนไขข้อกำหนดของกรมธรรม์
15. ผู้เอาประกันสามารถได้รับความคุ้มครองประกันสุขภาพกับบริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัยได้เพียงฉบับเดียวเท่านั้น
16. แผนประกันสุขภาพฉบับนี้ไม่คุ้มครองการปลูกถ่ายไขกระดูก เปลี่ยนถ่ายอวัยวะ และการฟอกไต
17. ข้อมูลในโบรชัวร์ฉบับนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นให้ผู้สมัครพิจารณาเงื่อนไขในการสมัครประกันสุขภาพเท่านั้น
18. เอกสารฉบับนี้ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของเอกสารกรมธรรม์ประกันสุขภาพ รบกวณพิจารณาเอกสารเงื่อนไขกรมธรรม์และข้อยกเว้นที่อยู่ภายใต้กรมธรรม์ประกันสุขภาพ ผู้สมัครประกันสุขภาพควรศึกษาข้อมูลเงื่อนไขก่อนทำประกัน

## ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ อิลิท ซีรีส์

### Application Form Personal Health & Accident Insurance Elite Series

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี (Annual)

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (Insured Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) Full

Name (MR./MISS/MRS./Other)

เพศ (Gender)  ชาย (Male)  หญิง (Female) เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Phone No.)

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card No./Passport No.)

รหัสประจำตัวผู้เสียภาษี (Federal tax identification number)

น้ำหนัก (Weight) กก. (Kg) ส่วนสูง ซม. (Cm) วันเดือนปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YY)

อายุ (Age) ปี (Yr.) อาชีพ (Occupation)

ตำแหน่ง/ลักษณะงาน (Position / Details)

รายได้ต่อเดือน (Salary per month) บาท (THB) อีเมล (Email Address)

ที่อยู่ปัจจุบัน

(Contact Address)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1 (Beneficiary's Name No.1)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2 (Beneficiary's Name No.2)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Insurance Period)

วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง คือหลังจากผ่านการพิจารณารับประกันของบริษัทฯ (Effective Date, which subject to underwriting process) สิ้นสุดวันที่ (Expiry Date) ตามเงื่อนไขบริษัทฯ เวลา (time) at 16.30 น. (กรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะต่ออายุโดยอัตโนมัติ หากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย) (This policy will auto renew if premium paid within grace period. Policy termination applies per term and condition stated in policy wording)

แบบประกันภัย/ความคุ้มครอง (Insurance Package / Coverage)

ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล Elite Series – MY Elite VISA

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ

(Insurance Premium)

บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม)

Baht (Including Tax and Stamp duty)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย (Insurance Premium Method of Payment)

เงินสด (Cash)  บัตรเครดิต / บัตรเดบิต (Credit/Debit Card)  ชำระผ่านธนาคาร (Bank)  อื่นๆ (โปรดระบุ)

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่ เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริงในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box)	ไม่มี/ ไม่เคย No	มี/เคย Yes
1. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยชดเชยรายได้รายวัน กับบริษัทอื่นหรือไม่ (Do you have any health, life, accident or hospital benefit (HB) insurance with other Insurers?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันภัยสุขภาพหรือไม่ (Have you ever been declined, increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for health insurance?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ (Have you ever undergone a surgical procedure of investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ (Have you ever been advised to have a surgical/operation or further investigations which had not been performed?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอกซเรย์ทรวงอก เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจและการตรวจอื่นๆ หรือไม่ (In the past 5 years, have you ever been diagnosed/investigations with Chest X-Ray, CT scan, MRI, Pathology from a Biopsy, Ultrasound, and Electrocardiogram or others?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการผิดปกติ หรือโรคต่างๆ ตามรายละเอียดด้านล่างนี้หรือไม่ (Have you ever had or currently have symptoms/diseases as the following details?)		
6.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสอาร์เอสวี วัณโรค ไอเป็นเลือด จุดที่ปอด มะเร็งปอด และอื่นๆ ถ้ามี (Respiratory Tract problems such as Chronic Bronchitis, Pneumonia, COPD, Asthma, Respiratory Syncytial Virus(RSV), Tuberculosis(TB), Hemoptysis, Lung Nodule, Lung Cancer or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจโต ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และอื่นๆ ถ้ามี (Heart Problems such as Palpitations, Arrhythmias, Cardiomegaly, Congestive Heart Failure, Coronary Artery Disease(CAD), Congenital Heart Disease or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่ เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box)	ไม่มี/ไม่เคย No	มี/เคย Yes
6.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคเส้นประสาทมีเดียกดทับที่ข้อมือ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ กระดูกสันหลังคดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ปวดหลังเรื้อรังโรคกระดูกพรุน และอื่นๆ ถ้ามี (Musculoskeletal problems such as Carpal Tunnel Syndrome, Chronic Arthritis, Gout, Rheumatoid Arthritis, Scoliosis, Spondylosis, Herniated Disc, Severe Back pain, Osteoporosis or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะอาหารอักเสบเรื้อรัง โรคแผลในกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อยภาวะลำไส้แปรปรวน โรคกรดไหลย้อน เลือดออกในทางเดินอาหารไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น (Gastrointestinal tract problems such as Chronic Gastritis, Gastric Ulcer, Dyspepsia, Irritated Bowel Syndrome, Gastroesophageal Reflux Disease(GERD) Gastrointestinal Hemorrhage, Hernia, Hemorrhoid, Colon Cancer or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 ต่อมต่างๆโต มีติ่งเนื้อ ก้อนไขมัน ก้อนถุงน้ำหรือซิสต์ ก้อนเนื้องอกธรรมดา ก้อนเนื้อร้ายหรือมะเร็ง และอื่นๆถ้ามี(Enlarged glands, Polyps, Lipoma, Cysts, Tumor, Cancer or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก เช่นต้อกระจก ต้อหิน ภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง ไส้ตันอักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ เนื้องอกของสายเสียง โรคหูดตาหูไซนัสอักเสบ และอื่นๆถ้ามี(Any problems about Eyes, Ears, Noses or Throat such as Cataract, Glaucoma, Chronic Otitis Media, Sinusitis, Tonsillitis, Vocal Cord Nodule, Sleep Apnea or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 โรคเกี่ยวกับตับ และถุงน้ำดี เช่น โรคถุงน้ำดีอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี ตับอักเสบชนิดเอ หรือ บี ไขมันที่ตับ ตับแข็ง มะเร็งตับ และอื่นๆถ้ามี(Liver and Gall bladder problems such as Cholecystitis, Gallstones, Hepatitis A or B, Fatty Liver, Cirrhosis, Liver Cancer or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ เช่นโรคหนองใน โรคเริมที่อวัยวะเพศ โรคซิฟิลิส ติดเชื้อ HIV โรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก และอื่นๆถ้ามี (Reproductive system diseases such as Gonorrhoea, Genital Herpes, Syphilis, HIV, Benign Prostatic Hyperplasia(BPH), Prostate Cancer or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในไต ปัสสาวะลำบาก กรวยไตอักเสบ โรคไตเรื้อรัง กลุ่มอาการโรคไต ปัสสาวะเป็นเลือดและอื่นๆถ้ามี(Urinary Tract Disorders such as Renal Stone, Dysuria, Pyelonephritis, Chronic Kidney Disease(CKD), Nephrotic Syndrome(NS), Hematuria, or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่ เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box)	ไม่มี/ไม่เคย No	มี/เคย Yes
6.10 ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคทาลัสซีเมีย โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก โรคแพ้ภูมิตัวเอง และอื่นๆถ้ามี(Circulatory and Hematology Disorders such as Hypertension, Anemia, Thalassemia, Idiopathic thrombocytopenic purpura(ITP), G6PD Deficiency, Non-Hodgkin Lymphoma, Leukemia, Systemic Lupus Erythematosus (SLE) or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ และอื่นๆถ้ามี(Endocrine Disorders such as Diabetes Mellitus, Hyperthyroidism, Hypothyroidism or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง เช่น โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เอมจี ไมเกรน ปวดศีรษะเรื้อรัง เนื้องอกในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ความจำเสื่อม และอื่นๆถ้ามี(Brain and Nervous system disorders such as Epilepsy, Cerebral Aneurysm, Myasthenia Gravis(MG), Migraine, Chronic Headache, Brain Tumor, Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer, Autistic or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.13 อาการผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคนอนไม่หลับ อาการประสาทหลอน ภาวะย้ำคิดย้ำทำ โรคจิตเภท การพยายามฆ่าตัวตาย และอื่นๆถ้ามี(Mental Disorder such as Bipolar, Anxiety Disorder, Depressive Disorder, Insomnia, Hallucination, Obsessive-Compulsive Disorder(OCP), Schizophrenia, Attempted Suicide or others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. นอกจากข้อ 6 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่ (Apart from item 6, are you currently injured or sick?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่ (Are you currently taking any medications or undergoing any treatments regularly?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่? (Do you currently smoke cigarettes?) <input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่ (No) <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน (Yes, less than 20 cigarettes per day) <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันเป็นเวลา .....ปี (years) หากเลิกสูบแล้ว เลิกสูบเมื่อ (If quitted, when?) ..... กรุณาระบุสาเหตุที่เลิก (please provide reason) .....		
10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ (Do you drink alcohol?) <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม (No) <input type="checkbox"/> ดื่ม (Yes) ถ้าใช่ โปรดระบุ ชนิด (If yes, please specify) <input type="checkbox"/> สุรา (Whiskey) <input type="checkbox"/> เบียร์(Beer) <input type="checkbox"/> ไวน์ (Wine) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other)..... ปริมาณ <b>ครั้งละ</b> (Amount per time)..... <b>เฉลี่ย</b> (Average frequency)..... <b>ครั้ง / สัปดาห์</b> (times/week) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other) .....		





เฉพาะสตรี (Female Only)	ไม่มี/ไม่เคย No	มี/เคย Yes
11. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์เพศหญิง การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อนหรือไม่ เช่น ก้อนที่เต้านม โรคถุงน้ำรังไข่ เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก มะเร็งปากมดลูก ปวดประจำเดือน ถ้าใช่ โปรดระบุ (In the past 5 years, have you ever had any Breasts problems, Gynecological problems or Pregnancy-related disease or complications?, Such as Breasts mass/cyst/tumor, Ovarian Cyst, Endometriosis, Myoma Uteri, Cervix Cancer, Dysmenorrhea, if yes, please specify.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ถ้าใช่โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant? If yes, please specify Gestational age..... เดือน (Months)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถ้าท่านตอบ "มี/เคย" ในคำถามข้อ 1 - 12 กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในช่องว่างด้านล่าง If you answer "Yes" in any questions (item 1 – 12) please specify details in the space below.		
(Space for specifying details)		

การขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย Tax deduction

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ..... และลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

..... (ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: .....(Signature here.....)

ไม่ยินยอม No

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่ Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ..... และลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

..... (ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: .....(Signature here.....)

ไม่มีความประสงค์ No

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด Would you like a type of Insurance Policy?

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ By e-policy via specified e-mail

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้ By post via specified address

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท The company has the right to check the medical history and diagnosis of the insured as necessary with this insurance. And has the right to perform examination in the event that it is necessary and does not violate the law at the expense of the company



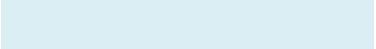
ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ In the event that the insured does not allow the company to check the medical history and diagnosis of the insured to support the consideration of the claims. The company may refuse coverage under this insurance policy to the insured.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the Insurance Policy. I declare and warrant that the above answers are true and completed. This proposal shall be the basis of the contract between the Company and me. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy.

ข้าพเจ้าทราบว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองสำหรับโรค (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ขอเอาประกันภัยภายใน 24 เดือนก่อนวันที่คุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะมีผลบังคับ ซึ่งบริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน I understand that this policy does not cover sickness, symptom or irregularity that happened to the Insured Person within 24 months before the period of insurance. The Company is entitled to refuse the claim.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย And I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose my information to the Office of Insurance Commission (OIC.) For the purpose of insurance system governance.

ลายมือชื่อ (Signature)		ลายมือชื่อ (Signature)	
	(_____)		(_____)
	ผู้ขอเอาประกันภัย (Insured)		ผู้กระทำการแทน (Authorize Person)*
วันเดือนปี (Date)		*กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร เท่านั้น (Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only)	
		โปรดระบุความสัมพันธ์ (Please specify relationship to Insured person)	
		วันเดือนปี (Date)	

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย (Remark: If applicant age under 20 years old, guardian must sign)

การประกันภัยโดยตรง Direct  ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent  นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่ License No. 

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**  
**WARNING of Office of Insurance Commission (OIC.)**  
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865