



บริษัท เอทีนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เอกสารยืนยันความคุ้มครองเบื้องต้นแผนโอบอล

เรียนคุณ _____

ขอเรียนให้ทราบว่า ท่านได้รับความคุ้มครองจาก บริษัท เอทีนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ภายใต้แผนประกันรายปี “โอบอล” โดยมีความคุ้มครองสูงสุดต่อปี 350,000 บาท 550,000 บาท 750,000 บาท โดยให้ความคุ้มครองเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น ความคุ้มครองของท่านเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 16.29 นาฬิกา ของวันที่ _____ เดือน _____ ปี _____ จนถึงเวลา 16.30 นาฬิกา ของวันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

เงื่อนไขสำคัญบางประการมีดังนี้

ความคุ้มครองหลัก:

- สำหรับผู้ป่วยใน หรือ การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องนอนพักไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง จะไม่ได้รับความคุ้มครองใน 30 วันแรกของกรมธรรม์ปีแรก
- กรณีอุบัติเหตุทุกชนิด เอทีนา ให้ความคุ้มครองทันทีที่กรมธรรม์มีผลบังคับใช้ สำหรับอุบัติเหตุเล็กน้อยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล หรือ ER (Emergency Accident) เช่น สุนัขกัด, มีดบาด ต้องเข้ารับการรักษาทันที หรือ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเกิดเหตุ โดยในการรักษาครั้งแรกนั้น สามารถขึ้นบัตรสมาชิก ณ สถานพยาบาลเครือข่ายของบริษัทฯ แต่ในกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง เช่น ล้างแผล หรือ ฉีดขี้ผึ้ง ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายก่อน และเรียกร้องค่าสินไหมชดเชยได้ โดยส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องมายังบริษัทฯ (ตามเงื่อนไขกรมธรรม์)

ความคุ้มครองเพิ่มเติม (กรณีซื้อเพิ่ม):

- ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยนอก หมายถึง การเจ็บป่วยใด ๆ ที่ไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เช่น ไข้หวัด, ปวดศีรษะ, ภูมิแพ้ เป็นต้น) จะได้รับความคุ้มครองทันที ตามกรมธรรม์ (หากซื้อไว้) โดยจะจ่ายผลประโยชน์ให้ต่อครั้งไม่เกิน 1,000 บาท, 1,500 บาท, 2,000 บาท (ใช้ได้สูงสุดไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน และ 30 ครั้งต่อปี)
- ความคุ้มครองการประกันอุบัติเหตุเพิ่มเติม กรณีเสียชีวิต, สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพการสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ ในวงเงิน 200,000 บาท 400,000 บาท 900,000 บาท

กรณีบริษัทเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายแทน :

- กรณีที่บริษัทเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย รับผิดชอบในข้อตกลงและเงื่อนไขการคืนเบี้ยประกัน กรณีกรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดผลบังคับก่อนวันสิ้นสุดความคุ้มครองตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ หรือ หากมีการยกเลิกกรมธรรม์ระหว่างปี บริษัท เอทีนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) จักคืนเบี้ยประกันในนามของผู้เอาประกันท่านนั้น ยกเว้นแต่มีการมอบอำนาจให้กับบริษัทผู้ออกค่าใช้จ่ายเป็นผู้รับแทน ทั้งนี้ต้องมีการแสดงหนังสือมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอทีนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อยกเว้นที่สำคัญบางส่วนของกรมธรรม์:

- ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นการขึ้นบัตรเอทีนา หรือ การส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหม หรือ เคลม สำหรับการให้บริการโรงพยาบาล ดังนี้คือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลบีเอ็นเอช โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลเปาโลพระประแดง รวมทั้ง โรงพยาบาลกรุงเทพและในเครือ เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา โรงพยาบาลกรุงเทพระยอง โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพสมุย โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ โรงพยาบาลกรุงเทพยวราช เป็นต้น
- โรคที่เป็นมาก่อนทำประกัน โรคประจำตัว หรือ โรคที่รักษาไม่หายขาดนั้น จะไม่ได้รับความคุ้มครอง
- โรคเรื้อรังหรือร้ายแรงบางโรค จะไม่ได้รับความคุ้มครองหากผลพิสูจน์ทางการแพทย์ระบุว่าโรคดังกล่าวเกิดขึ้นภายใน 4 เดือนแรก หรือ 120 วันของกรมธรรม์ปีแรก คือ เนื้องอกหรือมะเร็งทุกชนิด, ริดสีดวงทวาร, ต้อเนื้อ ต้อลม ต้อกระจก, ไซ้เลื่อน, การตัดทอนซิล หรือ อติเนอยด์, นิ้ว, เชื้อนวมดลูกเจริญผิดที่, เส้นเลือดขอด, ก้อนเนื้อออก, ความผิดปกติของเท้าชนิด Hallux valgus
- ในช่วง **3 ปีแรกของกรมธรรม์** หากท่านต้องเข้ารับการรักษาเนื่องจากโรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง (บางโรค) ทางบริษัทฯ อาจขอให้ท่านสำรองจ่ายโดยตรงกับสถานพยาบาลและเรียกร้องค่าสินไหมในภายหลัง ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบประวัติว่าท่านมีอาการก่อนทำประกันหรือไม่ หากไม่พบ ทางบริษัทฯ จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ท่านหลังจากทราบผล

****ข้อมูลข้างต้นนั้น เป็นเพียงบางส่วนของกรมธรรม์ โดยสามารถอ่านรายละเอียดทั้งหมดได้จากกรมธรรม์****

ขอเรียนให้ทราบว่า ทางบริษัทฯ ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ในการดำเนินการออกกรมธรรม์รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง หากท่านมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ ในสถานบริการพยาบาลนอกเครือข่าย ขอให้ท่านสำรองจ่ายและทำเรื่องเพื่อขอรับเงินคืน โดยส่งเอกสารสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน คือ ใบเสร็จรับเงิน และใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง มาที่บริษัทฯ กรณีใช้บริการ ในสถานบริการในเครือข่ายท่านสามารถขึ้นบัตรประชาชนในสถานพยาบาลกว่า 400 แห่งทั่วประเทศไทย (โดยไม่ต้องสำรองจ่าย)

แจ้งโดย: _____

รับทราบโดย (ผู้เอาประกัน): _____

วันที่: _____