

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพ

ชื่อนาย,นาง,นางสาว.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
 เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์.....
 สถานที่ทำงาน..... วันเริ่มทำงาน.....

ชื่อผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....

ชื่อแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ท่านใช้บริการ (ถ้ามี).....

1. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย เป็นโรค ได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน
 โรงพยาบาลหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่า ท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต
 โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต โรคกระดูก โรคเมตาบอลิซึม หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรงหรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในการผ่าตัดหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. ใบคำขอแบบสอบถามสุขภาพหรือใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกัน
 สุขภาพ ปฏิเสธหรือเลื่อนการประกันภัย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ถ้าตอบเคยหรือใช่ตาม ข้อ 1 ถึง 5 โปรดให้รายละเอียดข้างนี้โดยระบุคำถามข้อนั้นด้วย

6. ผู้ขอเอาประกันภัยหรือสมาชิกครอบครัวของผู้เอาประกันภัยเคยเป็นหรือเสียชีวิต เนื่องจากโรคเมตาบอลิซึมหรือไม่
 โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคเมตาบอลิซึมเป็น

ผู้ขอเอาประกันภัย	☐ ไม่เคย	☐ เคย
บิดา - มารดา	☐	☐
พี่ - น้อง	☐	☐
บุตร	☐	☐

7. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
 สาเหตุของการผ่าตัด.....เมื่อ.....ชื่อสถานพยาบาล.....

8. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
 โปรดระบุโรค.....รักษาที่โรงพยาบาล.....

9. ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต ☐ ไม่เคย ☐ เคยสูบละ.....มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ.....ปี ถึง.....ปี
 ในปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบละ.....มวน

10. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วยหรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่
☐ โรคไวรัสตับอักเสบบี B.C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) ☐ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ
☐ ปอดอักเสบเรื้อรัง ☐ ตับแข็ง ตับอักเสบ ☐ ลำไส้อักเสบเรื้อรัง
☐ ปากมดลูก ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง ☐ โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกของไวรัส HIV
☐ ไม่เคย

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้น ปัจจุบันมีอาการ ☐ ปกติ ☐ รักษาอยู่ สถานพยาบาล.....

11. ท่านมีการประกันภัยโรคเมตาบอลิซึมหรือการประกันใดก็ได้ให้ความคุ้มครองโรคเมตาบอลิซึมหรือไม่
 ถ้ามีโปรดแนบรายละเอียด ☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อบริษัท.....ทุนประกันภัย.....บาท

12. “ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่”

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรม
 สรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ
 (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลข
 ประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

ถ้อยแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทเชื่อตาม
 ถ้อยแถลงนี้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีหน้าที่หรือทราบเรื่อง
 เกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกาย
 ของข้าพเจ้าแก่ บริษัท ลินน์คองประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้สำเนาภาพถ่ายการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและ
 สมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ลายเซ็น.....ผู้ขอเอาประกันภัย

ตัวแทน นายหน้าประกันภัย.....ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คป.ก.)
 ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องปฏิบัติตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ
 อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย
 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

☐ ออกกำลังกายประจำ ☐ มีอุปกรณ์กีฬา



สินมั่นคงประกันภัย
 เราประกัน คุณมั่นใจ

บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงห้วยขวาง เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240

โทรศัพท์ : 0-2378-7000 (อัตโนมัติ) โทรสาร : 0-2377-3322

Call Center 1596 www.smk.co.th



สินมั่นคงประกันภัย

เราประกัน คุณมั่นใจ

ประกันสุขภาพ
 60+ ยังฟิต



หมดห่วงค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงวัย

ชื่อย่าย ไม่ต้องตรวจสุขภาพ

สำหรับผู้เอาประกันที่มีอายุตั้งแต่ 61-65 ปี

ให้ความคุ้มครองสุขภาพและอุบัติเหตุ

ประกันสุขภาพ 60 ยังฟิต

ประกันสุขภาพ 60 ยังฟิต

คุณสามารถคลายความกังวลกับค่ารักษาพยาบาลที่สูงได้ ด้วยแผน “ประกันสุขภาพ 60 ยังฟิต” จากสินมั่นคงประกันภัย ที่ให้ความคุ้มครองในการรักษาพยาบาลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ทำให้อุ่นใจหากต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีแผนความคุ้มครองให้เลือก 6 แผน เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการ ซึ่งทุกแผนจะให้ความคุ้มครองอย่างคุ้มค่าที่สุด

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน (IPD)
- ผู้เอาประกันมีอายุตั้งแต่ 61-65 ปี (ต่ออายุได้ถึง 70 ปี)
- รับความคุ้มครองชีวิตจากอุบัติเหตุเพิ่มสูงสุด 300,000 บาท
- รับส่วนลดพิเศษ 10% (กรณีออกกำลังกายหรือมีอุปกรณ์กีฬา)
- ไม่ต้องตรวจสุขภาพ เพียงแต่แถลงสุขภาพตามข้อเท็จจริง
- กรณีอุบัติเหตุคุ้มครองทันที ส่วนกรณีเจ็บป่วยคุ้มครองหลังการรับประกันแล้ว 30 วัน (Waiting Period)
- ชื่อไฟฟ้อ – แม่ สามารถนำเบี้ยประกันภัยไปขอลดหย่อนภาษีได้ (ตามเงื่อนไขกรมสรรพากร)



ประกันสุขภาพ 60 ยังฟิต

ความคุ้มครอง/ผลประโยชน์	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F
1. เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ อบ.2	50,000	100,000	150,000	200,000	250,000	300,000
2. ผู้ป่วยใน						
2.1 ค่าห้อง ค่าอาหารและการพยาบาลต่อวัน (สูงสุด 31 วัน)	800	1,000	1,200	1,500	1,800	2,000
2.2 ค่าห้อง ICU (สูงสุด 10 วัน)	1,600	2,000	2,400	3,000	3,600	4,000
2.3 ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป	10,000	15,000	20,000	30,000	40,000	50,000
2.4 ค่าผ่าตัด (จ่ายตามตาราง)	15,000	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000
2.5 ค่าเยี่ยมของแพทย์ต่อวัน (ไม่เกิน 31 วัน)	300	400	500	800	1,000	1,200
2.6 ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ	800	1,000	1,500	2,000	3,000	4,000
2.7 ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบคนไข้นอกกรณีอุบัติเหตุ (บาท/ครั้ง)	2,000	3,000	4,000	5,000	6,000	7,000
อัตราเบี้ยประกันภัยสุทธิต่อปี (รายการที่ 1-2)*	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F
อายุ 61 – 65 ปี	5,239	7,141	9,452	12,360	15,527	18,361
อายุ 66 – 70 ปี (กรณีต่ออายุเท่านั้น)	7,853	10,717	14,173	18,530	23,286	27,534

เข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทุกโรงพยาบาลและคลินิกที่รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน หรือเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องสำรองจ่ายตามวงเงินที่กำหนดจากสถานพยาบาลในสัญญาของบริษัทฯ (สามารถตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลในสัญญาได้ที่ www.smk.co.th)

*เบี้ยประกันภัยไม่รวมอากร 0.40 %