

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพ

- แผนประกันภัยที่ท่านเลือก.....
- ชื่อ นาย,นาง,นางสาว.....นามสกุล.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....
- วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....ก.ก ส่วนสูง.....ซ.ม.
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- โทรศัพท์.....อาชีพผู้เอาประกันภัย (ลักษณะงาน).....
- ชื่อผู้รับประกันภัย.....ความสัมพันธ์.....
- ชื่อแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ท่านใช้บริการ(ถ้ามี).....
1. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรคหรือได้รับบาดเจ็บหรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 2. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่า ท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต ซึ่งเคยนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคดังกล่าวนี้ โรคเบาหวาน ซึ่งเคยฉีดอินซูลิน โรคตับ โรคเอดส์ โรคเมเร็ง หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรงหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 3. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 4. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาล การวินิจฉัยทางการแพทย์ การส่งยา จากแพทย์ การเอกซเรย์ อัลตราซาวด์ MRI CT-scan การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 5. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
 - ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
 - ☐ ไม่มีความประสงค์

ถ้าตอบเคยหรือใช่ตาม ข้อ 1 ถึง 5 โปรดให้รายละเอียดข้างล่างนี้

.....

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่า บริษัทเชื่อตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่อง เกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าแก่ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็น.....

ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้ปกครองลงนามแทนกรณีผู้เอาประกันภัยต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์)

...../...../..... วัน/เดือน/ปี

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณฤตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริง หรือแถลงข้อความเท็จใดๆ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865



สินมั่นคงประกันภัย
เราประกัน คุณมั่นใจ

ประกันสุขภาพ SMK Health Care

- SMK IPD Care
- SMK IPD Premium
- SMK I & OPD Care
- SMK Special Care



สินมั่นคงประกันภัย
เราประกัน คุณมั่นใจ

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
โทรศัพท์ : 0-2378-7000 (อัตโนมัติ) #7027 โทรสาร : 0-2377-3322
Call Center 1596 www.smk.co.th

ความคุ้มครอง	ชื่อแผน / Plans																			
	SMK IPD Care					SMK IPD Premium					SMK I & OPD					SMK Special Care				
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
1. กรณีผู้ป่วยใน																				
1.1 ค่าห้อง/ค่าอาหาร/วัน (สูงสุด 30 วัน)/ครั้ง	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000
1.2 ค่าห้อง ICU/วัน (สูงสุด 10 วัน)/ครั้ง	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
1.3 ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป/ครั้ง	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000
1.4 ค่าผ่าตัด (ตามตารางผ่าตัด)/ครั้ง	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000
1.5 ค่าแพทย์เยี่ยมไข้/วัน (ไม่เกิน 30 วัน)/ครั้ง	800	1,000	1,200	1,500	2,000	800	1,000	1,200	1,500	2,000	800	1,000	1,200	1,500	2,000	800	1,000	1,200	1,500	2,000
1.6 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน (กรณีอุบัติเหตุ)/ครั้ง	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000
2. วงเงินความคุ้มครองกรณีผู้ป่วยใน (IPD) ที่มีค่ารักษาพยาบาลข้อ 1.2, 1.3, 1.4 และข้อ 1.5 รวมกันสูงเกินกว่าวงเงินปกติตามตารางความคุ้มครองของการรักษาแต่ละครั้ง การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง สามารถเบิกวงเงินค่ารักษาส่วนเกินนี้ได้อีก 70% ของวงเงินส่วนเกิน แต่สูงสุดต้องไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดของแต่ละแผน (บาท/ครั้ง)	ไม่คุ้มครอง					100,000	200,000	300,000	300,000	300,000	ไม่คุ้มครอง					100,000	200,000	300,000	300,000	300,000
3. กรณีผู้ป่วยนอก (ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน ไม่เกิน 7 ครั้ง/โรค ไม่เกิน 30 ครั้ง/ปี) ค่ารักษาพยาบาลคนไข้นอกในสถานพยาบาลทั่วไป (OPD) ** กำหนดระยะเวลาคอย 30 วัน	ไม่คุ้มครอง					ไม่คุ้มครอง					1,000	1,500	2,000	2,500	3,000	1,000	1,500	2,000	2,500	3,000
4. PA คุ้มครองกรณีเสียชีวิต, ทุพพลภาพ, สูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ (อบ. 2)	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
ช่วงอายุ (ปี)	อัตราเบี้ยประกันสุขภาพ (เบี้ยสุทธิ)																			
11-15 ปี	3,720	5,168	6,616	8,108	9,688	7,040	9,448	11,856	13,348	14,928	9,240	13,448	17,656	21,908	26,248	12,560	17,728	22,896	27,148	31,488
16-20 ปี	3,032	4,216	5,400	6,616	7,896	5,652	7,586	9,530	10,746	12,026	8,202	11,971	15,740	19,541	23,406	10,822	15,341	19,870	23,671	27,536
21-25 ปี	2,808	3,906	5,004	6,134	7,326	5,008	6,736	8,464	9,594	10,786	7,908	11,556	15,204	18,883	22,626	10,108	14,386	18,664	22,343	26,086
26-30 ปี	2,961	4,074	5,187	6,332	7,539	4,971	6,664	8,357	9,502	10,709	8,891	12,969	17,047	21,156	25,329	10,901	15,559	20,217	24,326	28,499
31-35 ปี	2,982	4,095	5,208	6,353	7,560	5,022	6,725	8,428	9,573	10,780	9,441	13,784	18,126	22,500	26,937	11,481	16,414	21,346	25,720	30,157
36-40 ปี	3,465	4,807	6,149	7,530	8,987	5,705	7,687	9,679	11,060	12,517	10,635	15,562	20,489	25,454	30,496	12,875	18,442	24,019	28,984	34,026
41-45 ปี	3,938	5,492	7,046	8,642	10,322	6,508	8,802	11,096	12,692	14,372	12,196	17,879	23,561	29,286	35,095	14,766	21,189	27,611	33,336	39,145
46-50 ปี	4,463	6,195	7,928	9,713	11,603	7,463	10,065	12,658	14,443	16,333	13,890	20,336	26,781	33,279	39,883	16,890	24,206	31,511	38,009	44,613
51-55 ปี	5,291	7,337	9,383	11,490	13,717	8,791	11,837	14,893	17,000	19,227	15,824	23,137	30,448	37,821	45,315	19,324	27,637	35,958	43,331	50,825
56-60 ปี	6,521	9,085	11,650	14,289	17,078	10,541	14,265	17,990	20,629	23,418	18,064	26,322	34,581	42,914	51,397	22,084	31,502	40,921	49,254	57,737
61-65 ปี** กรณีต่ออายุเท่านั้น	9,345	13,005	16,665	20,430	24,405	13,885	18,845	23,815	27,580	31,555	21,054	30,491	39,928	49,470	59,222	25,594	36,331	47,078	56,620	66,372

อัตราเบี้ยนี้เป็นอัตราเบี้ยสุทธิ



โทร.
1596

สามารถตรวจสอบรายชื่อสถานพยาบาลในสัญญาได้ที่ www.smk.co.th