

ประกันสุขภาพ

# เมืองไทยจัดหนัก

น็อกปัญหาค่าใช้จ่าย

ด้วยความคุ้มครองสุดคุ้มแบบเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน  
สูงสุดถึง 10 ล้านบาทต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง



**จัดหนัก** เหมาจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในต่อครั้ง\* วงเงินสูงสุด **10** ล้านบาท



**จัดหนัก** ค่าห้องฯ สูงสุดถึง **15,000** ต่อวัน



**จัดหนัก** ต่ออายุได้ถึง **80** ปี ไม่ปฏิเสธการต่ออายุ\*



**จัดหนัก** ซื้อเพิ่มความคุ้มครองผู้ป่วยนอกได้สูงสุด 2,000 บาทต่อครั้ง



**จัดหนัก** ลดหย่อนภาษีได้สูงสุด **25,000** บาท\*\*



**จัดหนัก** ผ่อน **0%** สูงสุด **6** เดือน ผ่านบัตรเครดิตร่วมรายการ

\*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนดไว้ในกรมธรรม์ ลูกค้าควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง

\*\*ตามเงื่อนไขของกรมสรรพากร



ความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ความคุ้มครองสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	1,000,000	3,000,000	5,000,000	10,000,000
<b>1.1 ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน</b>				
หมวด 1 • ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (สูงสุด 365 วัน) • ห้องผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการ ในโรงพยาบาล(ผู้ป่วยใน) สูงสุดไม่เกิน 15 วัน	7,000	10,000	12,000	15,000
จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวด 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย				
2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์				
2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน				
หมวด 3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวด 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ				
4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัด และหัตถการ				
4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการ สำหรับแพทย์ ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor Fee)				
4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม วิทยุญแพทย์ (Doctor Fee) 4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ				
หมวด 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
<b>1.2 ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน</b>				
หมวด 6 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลัง การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกที่ต่อเนื่องเกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง และเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน				
6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้ง สำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ภายใน 30 วันหลังจากออกจาก การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อตรวจวินิจฉัย)				
หมวด 7 ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมง ของการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวด 8 ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แต่ละครึ่งต่อการ เข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวด 9 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไต ผ่านทางเส้นเลือด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	100,000	300,000	500,000	1,000,000
หมวด 10 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคเนื้องอกหรือมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	100,000	300,000	500,000	1,000,000

ความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
หมวด 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรรมธรรม์ประกันภัย	100,000	300,000	500,000	1,000,000
หมวด 12 ค่าบริการรพพยาบาลฉุกเฉิน	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวด 13 ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery)	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง			
2. ข้อตกลงคุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ (อ.บ.1) (รวมการถูกฆาตกรรมและถูกทำร้ายร่างกาย และอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	100,000	100,000	100,000	100,000

ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
11 - 15	20,900	21,900	24,900	26,900
16 - 20	19,900	20,900	23,900	25,900
21 - 25	20,900	22,900	24,900	27,900
26 - 30	21,900	24,900	26,900	29,900
31 - 35	22,900	27,900	29,900	31,900
36 - 40	24,900	30,900	32,900	35,900
41 - 45	27,900	33,900	36,900	41,900
46 - 50	30,900	37,900	39,900	46,900
51 - 55	35,900	42,900	48,900	54,900
56 - 60	40,900	48,900	54,900	65,900
61 - 65	50,900	58,900	65,900	79,900
66 - 70	75,900	89,900	109,900	129,900
71 - 75 (กรณีต่ออายุ)	89,900	109,900	129,900	149,900
76 - 80 (กรณีต่ออายุ)	99,900	119,900	149,900	169,900

## ความคุ้มครองเลือกซื้อเพิ่มเติม

ผู้ป่วยนอก	แผน 1	แผน 2	แผน 3
การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยนอก) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (1 ครั้งต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี)	1,000	1,500	2,000
ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
11 - 20	8,456	11,843	15,789
21 - 30	4,624	6,936	9,248
31 - 40	5,079	7,542	9,948
41 - 50	6,505	9,811	13,004
51 - 60	8,235	12,013	16,680
61 - 65	9,013	13,274	17,639
66 - 70	9,971	14,802	19,529
71 - 75 (กรณีต่ออายุ)	10,470	15,542	20,506
76 - 80 (กรณีต่ออายุ)	10,992	16,319	21,531

## เงื่อนไขการรับประกันภัย

อายุรับประกันภัย	11 - 70 ปี (ต่ออายุถึง 80 ปี) (คำนวณจากปีปัจจุบันลบปีเกิด โดยไม่ดูวันและเดือนเกิด)
สัญชาติ	รับประกันภัยเฉพาะคนไทย สัญชาติไทยและมีถิ่นพำนักในไทย
ประวัติสุขภาพและการตรวจสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"><li>ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรือทุพพลภาพ ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง โรคร้ายแรง และไม่เป็นผู้วิกลจริต ไม่มีอาการหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด</li><li>ผู้ขอเอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 65 ปี ขอผลการตรวจสุขภาพประจำปีทุกราย</li><li>ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัยและผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ</li></ul>
ระยะเวลารอคอย	<ul style="list-style-type: none"><li>ความคุ้มครองการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะคุ้มครองทันทีนับจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับครั้งแรก</li><li>ไม่คุ้มครองการป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์เป็นครั้งแรก</li><li>ไม่คุ้มครองจากการป่วยดังต่อไปนี้ เนื่องอก ภูเขา น้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไส้เลื่อนทุกชนิด ต้อเนื้อหรือต้อกระจก การตัดทอนซิลหรือ扁桃腺 ตื่นทุกชนิด เส้นเลือดขดที่ขา เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน (Waiting Period) นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์เป็นครั้งแรก</li></ul>
เงื่อนไขและข้อยกเว้นอื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"><li>ซื้อได้ 1 คนต่อ 1 กรมธรรม์รับประกันภัยสำหรับแผนประกันสุขภาพ เมืองไทยจัดหนัก เมืองไทยเต็มสิทธิ์ และเมืองไทยพร้อม</li><li>บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์จากการบาดเจ็บหรือการป่วยรวมถึงสภาวะการณ์และอาการเรื้อรังที่เกิดขึ้นก่อนวันที่กรมธรรม์รับประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก</li><li>ไม่ประกอบอาชีพ ช่างก่อสร้าง ช่างไม้ ช่างปูน ช่างเหล็ก ช่างทาสี ช่างไฟฟ้า ช่างท่อ ช่างประปา ช่างซ่อมต่าง ๆ กรรมกร คนงานก่อสร้าง พนักงานทำความสะอาด พนักงานนิตยยาม้าแมลง-กำจัดปลวก คนงานในโรงงานผลิตแก๊ส วัตถุระเบิด ดินปืน พนักงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน พนักงานในเหมืองแร่ พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานดับเพลิง นักประดาน้ำ อาชีพทำไร่ ทำสวน และประมง เช่น คนกรีดยาง คนงานไนโร ในสวน ในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ลูกเรือประมง พนักงานในโรงงานผลิตแบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ปีโตรเลียม โรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์ โรงงานที่ต้องใช้กัมมันตภาพรังสีในการผลิต เช่น โรงงานผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ ผู้ที่ทำงานสัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos) หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสารเคมี ฝุ่น คิวบิก ผู้ที่ประกอบอาชีพหรือมีหน้าที่ขับรถทั่วไป (ให้รวมถึงมอเตอร์ไซด์รับจ้าง และพนักงานส่งเอกสารด้วย) พนักงานติดตั้งไฟฟ้าแรงสูง พนักงานปฏิบัติงานบนที่สูง พนักงานที่ต้องปฏิบัติงานกับเครื่องจักร นักกีฬาอาชีพประเภทที่มีการใช้ความเร็วในการแข่งขัน การปะทะกัน เช่น แข่งรถ ชกมวย รักบี้ เป็นต้น</li></ul>

**คำเตือน:** ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัย

**หมายเหตุ:** รายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไขทั่วไป ข้อกำหนดและข้อยกเว้น เป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล แบบพิเศษพลัส บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับเบี้ยประกันภัยสำหรับต่ออายุกรมธรรม์ตามช่วงอายุ และสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเพิ่มเติม เงื่อนไข หรือกำหนดค่าใช้จ่ายร่วม (Copayment)



## แอปพลิเคชัน Muang Thai Friends

ที่เดียวจบ ครบในเมืองไทยเฟรนด์ส



ยิ้มได้ เมื่อภัยมา



บริการแจ้งเตือนต่ออายุกรมธรรม์ และเช็คข้อมูลกรมธรรม์เบื้องต้น



สิทธิประโยชน์พิเศษต่าง ๆ สำหรับสมาชิก



บริการค้นหาและนำทางไปยังอยู่/โรงพยาบาลใกล้ตัวคุณ



เข้ารักษาในโรงพยาบาลคู่สัญญาด้วยบัตร Virtual Card



ซื้อผลิตภัณฑ์ประกันภัยอื่น ๆ เพิ่มเติม



GET IT ON  
Google Play

Download on the  
App Store

ใหม่!

บริการต่ออายุกรมธรรม์  
ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพบนแอป



www.muangthaiinsurance.com



Call Center 1484



@MuangThaiInsurance



@mtfriend

# เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์: 0 2665 4000, 0 2290 3333, โทรสาร: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033  
Muang Thai Insurance Public Company Limited  
252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310  
Telephone: 0 2665 4000, 0 2292 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033  
www.muangthaiinsurance.com, Call Center 1484

## ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล แบบพิเศษพลัส “ประกันสุขภาพ เมืองไทยจัดหนัก”

FM-APP-06-187

### 1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ/นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง  
วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....  
 บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรประจำตัวข้าราชการ  หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง..... รายได้ต่อเดือน..... บาท ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อสะดวก เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....  
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... อีเมล.....

ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....  
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....  
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

### 2. รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์

1. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
2. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

### 3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.  
ความคุ้มครองเริ่ม ณ วันที่ชำระเบี้ยประกันภัย หลังจากผ่านการพิจารณารับประกันภัยแล้ว

### คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ

1 ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

ไม่มี  มี โปรดระบุ.....

2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3 ท่านเป็นหรือเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือเคยได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัด หรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนได้รับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

3.1 โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมะเร็งตับ โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ โรคทองมาน โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE) โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติดให้โทษ

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.2 ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด ไชนัสอักเสบ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.3 ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน เช่น เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยง่ายผิดปกติ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดอุดตัน

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.4 ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ กระดูกสันหลัง เช่น ปวดข้อเรื้อรัง ข้อเสื่อม ข้ออักเสบ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเคลื่อน เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง โรคเก๊าท์ โรคข้อรูมาตอยด์

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

## คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ (ต่อ)

3.5 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น กรดไหลย้อน แผลในทางเดินอาหาร เลือดออกในทางเดินอาหาร ลำไส้แปรปรวน ลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคถุงผนังของลำไส้ ไล่เลื่อน ริดสีดวง ฝีคัณฑสูตร ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ไชมันพอกตับ ตีชัน นิ้วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบ ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ท้องมาน ท้องเสียเรื้อรัง

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.6 ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคไต นิ่ว กระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง เยื่อหุ้มลูกเจริญผิดปกติ ความผิดปกติของมดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ และปากมดลูก ต่อมลูกหมากโต โรคกามโรค

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.7 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน คอพอก โรคไทรอยด์ ไทรอยด์เป็นพิษ

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.8 ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง เช่น โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคความจำเสื่อม ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก ปวดศีรษะไมเกรน

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.9 ความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู คอ จมูก เช่น ต้อเนื้อ ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตา ตัดเชื้อในหูชั้นกลาง ตาบอดหรือสูญเสียการมองเห็น สูญเสียการได้ยิน

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.10 เนื้องอก มะเร็ง ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมัน ถุงน้ำชนิดต่าง ๆ

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.11 กลุ่มอาการหรือโรคอื่น ๆ เช่น ออทิสติก สมาธิสั้น โรคจิตเวช โรคซึมเศร้า พิการทางร่างกาย มีพัฒนาการช้า เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ตั้งครุฑและความผิดปกติขณะตั้งครุฑ ความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

3.12 ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง ได้รับเชื้อCOVID-19

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

(หากระบุ “เคย” ในข้อ 3.1-3.12 กรุณาระบุรายละเอียด วัน/เดือน/ปี ที่รักษา ชื่อสถานพยาบาล คำวินิจฉัยโรค ผลการรักษาและวันที่ติดตามการรักษาครั้งล่าสุด)

คำวินิจฉัยโรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	ชื่อสถานพยาบาล	ผลการรักษา	วันที่ติดตามการรักษาครั้งล่าสุด

4. ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัยทั้งที่ยังไม่ได้กระทำการรักษา ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การป่วย และการผ่าตัด อาทิเช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะ หรือไม่?

(หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดวัน/เดือน/ปี ที่รักษา ชื่อสถานพยาบาล คำวินิจฉัยโรค ผลการตรวจ หรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ ผลการรักษาและวันที่ติดตามการรักษาครั้งล่าสุด)

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

คำวินิจฉัยโรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	ชื่อสถานพยาบาล	ผลการรักษา	วันที่ติดตามการรักษาครั้งล่าสุด

5. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นหรืออยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลจากการป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือไม่?

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

6. ปัจจุบันท่านกำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ( อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่น ๆ ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใด ๆ หรือไม่?

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

7. ท่านสูบบุหรี่ ชิการ์ หรือนูหรือหรือไม่?

ในอดีต  ไม่สูบ  เคยสูบบุหรี่..... มวน สูบเป็นเวลานาน..... ปี

ปัจจุบัน  ไม่สูบ  เคยสูบบุหรี่..... มวน สูบเป็นเวลานาน..... ปี

8. บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคไวรัสตับอักเสบ โรคกระเพาะ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวายหรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่?

เคย/มี โปรดระบุบุคคลที่เป็น..... สาเหตุการป่วยหรือเสียชีวิต..... วันที่เข้ารับการปรึกษาหรือเสียชีวิต.....

ไม่เคย/ไม่มี

## 9. โปรดเลือกแผนประกันภัยสำหรับ ประกันสุขภาพ เมืองไทยจัดหนัก

แผน 1 (1 ล้านบาท)  แผน 2 (3 ล้านบาท)  แผน 3 (5 ล้านบาท)  แผน 4 (10 ล้านบาท) เบี้ยประกันภัย..... บาท

## โปรดเลือกแผนประกันภัยสำหรับเลือกซื้อเพิ่มเติมที่ท่านต้องการ

การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยนอก) 1 ครั้งต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี

แผน 1 (1,000 บาท ต่อครั้ง)  แผน 2 (1,500 บาท ต่อครั้ง)  แผน 3 (2,000 บาท ต่อครั้ง) เบี้ยประกันภัย..... บาท

เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท

## คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทฯ ยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทฯ จะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเป็นการเฉพาะโรคนั้น ๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้งรับทราบและยินยอมตามคำรับรองที่ให้ไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกลีกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์โรงพยาบาลสถานพยาบาล หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

บริษัทฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิ์ทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

## ข้อความยินยอมยินยอมแถลงสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันวินาศภัย หรือนายหน้าประกันวินาศภัยเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมที่ให้ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย ต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ไม่ยินยอม

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

## ชื่อประกันสุขภาพให้กับ

 ตนเอง บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพไม่เกิน 15,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า จะต้องมียารายได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี)

กรณาระบุรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย: ชื่อ/นามสกุล.....

 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

## ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

 ไม่มีความประสงค์.....  
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า  
ต่อคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถมตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .........  
ลงลายมือชื่อแทนโดยชอบธรรม\*  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .........  
ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

\*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี

 การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....

## คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ  
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865