

เมืองไทย

ประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

ยิ้มได้ เมื่อภัยมา

ประกันสุขภาพ

เมืองไทย**พร้อม!**

พร้อม! รับมือภัยสุขภาพ

ด้วยความคุ้มครองสุดคุ้ม

กับเบี้ยประกันเริ่มต้น**ไม่ถึงหมื่น**



→ **พร้อม!** คุ้มครองค่ารักษาฯ ผู้ป่วยใน
เหมาจ่ายสูงสุด **1 ล้านบาทต่อปี***



→ **พร้อม!** สมัครง่าย ไม่ต้องตรวจสุขภาพ*



→ **พร้อม!** ให้คุณวางแผนที่เหมาะสมกับคุณ
ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก



→ **เบี้ยฯ เริ่มต้นเพียง 8,900 บาทต่อปี**



→ **พร้อม!** ลดหย่อนภาษีได้**



→ **พร้อม!** ให้ผ่อน **0%** สูงสุด **6 เดือน**
ผ่านบัตรเครดิตที่ร่วมรายการ

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนดไว้ในกรมธรรม์ ลูกค้าควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง

**ตามเงื่อนไขของกรมสรรพากร



www.muangthaiinsurance.com



Call Center 1484



@MuangThaiInsurance



@mtifriend

ความคุ้มครอง		ผู้ป่วยใน (IPD)			ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IPD+OPD)		
		แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
1. ข้อยกเว้นคุ้มครองการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ความคุ้มครองสูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย		300,000	700,000	1,000,000	300,000	700,000	1,000,000
1.1 ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน							
หมวด 1	- ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (สูงสุด 365 วัน) - ห้องผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) สูงสุดไม่เกิน 15 วัน	4,000	6,000	8,000	4,000	6,000	8,000
		8,000	12,000	16,000	8,000	12,000	16,000
หมวด 2	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย						
	2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย	จ่ายตามจริง					
	2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์						
	2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์						
	2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน						
หมวด 3	ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			จ่ายตามจริง			
หมวด 4	ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย						
	4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ	จ่ายตามจริง					
	4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัด และหัตถการ						
	4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการ สำหรับแพทย์ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor Fee)						
	4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม วิสัญญีแพทย์ (Doctor Fee)						
	4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ						
หมวด 5	การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)			จ่ายตามจริง			
1.2 ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน							
หมวด 6	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลัง การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ต่อเนื่องเกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย						
	6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง และเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน	จ่ายตามจริง					
	6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้ง สำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องภายใน 30 วันหลังจากออกจาก การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย)						
หมวด 7	ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมงของการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง			จ่ายตามจริง			
หมวด 8	ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แต่ละครั้ง ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			ไม่คุ้มครอง			
หมวด 9	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			ไม่คุ้มครอง			
หมวด 10	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคเนื้องอกหรือมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			ไม่คุ้มครอง			

ความคุ้มครอง	ผู้ป่วยใน (IPD)			ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IPD+OPD)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
หมวด 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง					
หมวด 12 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	จ่ายตามจริง					
หมวด 13 ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก	จ่ายตามจริง					
2. ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยนอก) (1 ครั้งต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี)	-	-	-	1,000	1,500	2,000
3. ข้อตกลงคุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวร สิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ (อ.บ.1) (รวมการถูกฆาตกรรมและถูกทำร้ายร่างกาย และอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000

ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์					
	ผู้ป่วยใน (IPD)			ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (IPD+OPD)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
16-20	8,900	12,900	18,400	12,700	18,600	26,100
21-25	8,900	12,900	18,400	13,400	19,500	27,200
26-30	9,400	13,400	18,900	15,000	21,800	30,000
31-35	9,400	14,400	20,400	16,700	25,300	34,900
36-40	10,900	17,900	25,400	18,500	29,200	40,400
41-45	11,900	19,900	27,900	19,800	31,600	43,500
46-50	11,900	19,900	27,900	20,400	32,500	44,600
51-55	14,900	22,400	28,400	24,500	36,700	47,400
56-60	16,900	24,400	34,900	28,200	41,200	57,300
61-70 (กรณีต่ออายุ)	16,900	24,400	34,900	28,200	41,200	57,300

เงื่อนไขการรับประกันภัย

อายุรับประกันภัย	16-60 ปี (ต่ออายุได้สูงสุดถึง 70 ปี) (คำนวณจากปีปัจจุบันลบปีเกิด โดยไม่ดูวันและเดือนเกิด)
สัญชาติ	รับประกันภัยเฉพาะคนไทย สัญชาติไทยและมีถิ่นพำนักในไทย
ประวัติสุขภาพและการตรวจสุขภาพ	- ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการหรือทุพพลภาพ ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง โรคภัยร้ายแรง และไม่เป็นผู้วิกลจริต ไม่มีอาการหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด - ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัยและผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ
ระยะเวลารอคอย	- ความคุ้มครองการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะคุ้มครองทันทีนับจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับครั้งแรก - ไม่คุ้มครองการป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน (Waiting Period) นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์เป็นครั้งแรก - ไม่คุ้มครองจากการป่วยดังต่อไปนี้ เนื้ออก หลงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไล่เลื้อนทุกชนิด ต่อเนื้อหรือต่อกระดูก การตัดทอนซิลหรือ扁桃腺 ตับทุกชนิด เส้นเลือดคอที่ขา เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน (Waiting Period) นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์เป็นครั้งแรก
เงื่อนไขและข้อยกเว้นอื่นๆ	- ข้อได้ 1 คนต่อ 1 กรมธรรม์รับประกันภัยสำหรับแผนประกันสุขภาพ เมืองไทยจัดหนัก เมืองไทยเต็มสิทธิ์ และเมืองไทยพร้อม - บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์จากการบาดเจ็บหรือการป่วยรวมถึงสภาวะการณ์และอาการเรื้อรังที่เกิดขึ้นก่อนวันที่กรมธรรม์รับประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก - ไม่ประกอบอาชีพ ช่างก่อสร้าง ช่างไม้ ช่างปูน ช่างเหล็ก ช่างทาสี ช่างไฟฟ้า ช่างท่อ ช่างประปา ช่างซ่อมต่าง ๆ กรรมกร คนงานก่อสร้าง พนักงานทำความสะอาด พนักงานฉีดยาฆ่าแมลง-กำจัดปลวก คนงานในโรงงานผลิตแก๊ส วัดระเบิด ดินปืน พนักงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน พนักงานในเหมืองแร่ พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานดับเพลิง นักประดาน้ำ อาชีพทำไร่ ทำสวน และประมง เช่น คนกรีดยาง คนงานในไร่ ในสวน ในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ลูกเรือประมง พนักงานในโรงงานผลิตแบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย ปีโตรเลียม โรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์ โรงงานที่ต้องใช้กัมมันตภาพรังสีในการผลิต เช่น โรงงานผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ ผู้ที่ทำงานสัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos) หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสารเคมี ฝุ่น คาร์บอน ผู้ที่ประกอบอาชีพหรือมีหน้าที่ขับรถทั่วไป (ให้รวมถึงมอเตอร์ไซด์รับจ้าง และพนักงานส่งเอกสารด้วย) พนักงานติดตั้งไฟฟ้าแรงสูง พนักงานปฏิบัติงานบนที่สูง พนักงานที่ต้องปฏิบัติงานกับเครื่องจักร นักกีฬาอาชีพประเภทที่มีการใช้ความเร็วในการแข่งขัน การปะทะกัน เช่น แข่งรถ ชกมวย รักบี้ เป็นต้น

คำเตือน: ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัย

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



แอปพลิเคชัน

Muang Thai Friends

ที่เดียวจบ ครบในเมืองไทยเฟรนด์ส



บริการแจ้งเดือนต่ออายุกรมธรรม์ และเช็กข้อมูลกรมธรรม์เบื้องต้น



สิทธิประโยชน์พิเศษต่าง ๆ สำหรับสมาชิก



บริการค้นหาและนำทางไปยังอู่/โรงพยาบาลใกล้ตัวคุณ



เข้ารักษาในโรงพยาบาลคู่สัญญาด้วยบัตร Virtual Card



ซื้อผลิตภัณฑ์ประกันภัยอื่น ๆ เพิ่มเติม





GET IT ON Google Play



Download on the App Store

ใหม่!

บริการต่ออายุกรมธรรม์

ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพบนแอป



เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

ยิ้มได้ เมื่อภัยมา

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 เมืองไทยพร้อม!”

FM-APP-06-189

1. รายละเอียดผู้ขอประกันภัย

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

4. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ

4.1 ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

4.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

4.3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัด หรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่?

- โรคเมะเร็งทุกชนิด ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีไขมันตับ โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบี B, C ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- โรคพิษสุราเรื้อรัง ไขมันสะสมในตับ ไขมันพอกตับ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรง หรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน (Ascites) ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's Disease) ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- อัมพาต อัมพฤกษ์ ทุพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

4.4 โรคความดันโลหิตสูง ใน 2 ปีที่ผ่านมา ☐ เคยเข้ารับรักษาตัวเป็นครั้งคราวในโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง ☐ ไม่เคยเข้ารับรักษาตัวเป็นครั้งคราวในโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

4.5 โรคเบาหวาน ประเภท ☐ ต้องฉีดอินซูลิน หรือเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง ☐ ไม่ต้องฉีดอินซูลิน และไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

4.6 ไขมันในเลือดสูง ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ..... รักษาด้วยยา ☐ ไม่ต้องทานยา แต่แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหาร
 ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด • คอเลสเตอรอล (Cholesterol) ☐ 200-240 มก.% ☐ มากกว่า 240 มก.%
 ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด • ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ☐ 150-200 มก.% ☐ มากกว่า 200 มก.%

4.7 โรคทาลัสซีเมีย

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น โปรดระบุ.....

4.8 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ สีสด ☐ ไม่มี/ไม่เคยเป็น ☐ มี/เคยเป็น โปรดระบุ ☐ ยังมียู่/เป็นอยู่ ประเภท/ชนิด..... อวัยวะที่เป็น..... ☐ รักษา หรือผ่าตัดแล้ว ☐ เกินกว่า 2 ปี ผลชิ้นเนื้อ ☐ น้อยกว่า 2 ปี ผลชิ้นเนื้อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
4.9 โรคอื่น ๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง • คำวินิจฉัยแพทย์/สาเหตุ/อาการ/การตรวจที่ได้รับ..... • การรักษา/คำแนะนำที่ได้รับ..... • เมื่อใด/ช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา..... • ผลการรักษา ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ โปรดระบุ.....
5. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การป่วย และการผ่าตัดหรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว) ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
7. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วัน/เดือน/ปี และสถานที่ที่ตรวจ) ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
8. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์ และโรงพยาบาล) ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
9. ปัจจุบันท่านกำลังป่วย หรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่น ๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษา หรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
10. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ในอดีต ☐ ไม่สูบ ☐ เคย สูบวันละ.....มวน สูบเป็นเวลานาน.....ปี ปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบวันละ.....มวน
11. บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวาย หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่? ☐ เคย/มีประวัติระบุ บุคคลที่เป็น..... สาเหตุการป่วยหรือเสียชีวิต..... วันที่เข้ารับการปรึกษาหรือเสียชีวิต..... ☐ ไม่เคย/ไม่มี
12. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใด ๆ หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....
13. โปรดเลือกแผนประกันภัยสำหรับ ประกันสุขภาพ เมืองไทยพร้อม! (สามารถเลือกซื้อได้เพียง 1 แผนเท่านั้น) ☐ ประกันสุขภาพ เมืองไทยพร้อม! ☐ ผู้ป่วยใน (IPD) ☐ ผู้ป่วยใน (IPD) + ผู้ป่วยนอก (OPD) ☐ แผน 1 ☐ แผน 4 ☐ แผน 2 ☐ แผน 5 ☐ แผน 3 ☐ แผน 6 เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้งรับทราบและยินยอมตามคำรับรองที่ให้ไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรมหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

