

Smart H.I.P.

คำถามสุขภาพ

สำหรับโครงการนี้คุณ.....ไม่ต้องไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล เพียงตอบคำถามสุขภาพสั้นๆ

5 ข้อ โดยตอบตามความเป็นจริงว่าเคยหรือไม่เคย หลังอ่านคำถามจบ นะครับ/คะ

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่น ๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)บริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....

2. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าเป็น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคปอด โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคไต โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคเลือด โรคผิวหนัง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคพิษสุราเรื้อรัง และพิการทางร่างกายหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) โรค.....วันเดือนปีที่รักษา.....

การรักษาและอาการปัจจุบัน.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

3. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) ชนิด.....ปริมาณความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)..... นาน.....ปี

4. ท่านหรือคู่สมรสเคยตรวจพบเลือดบวกต่อไวรัส HIV หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาริดเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) วันเดือนปีที่รักษา.....

การรักษาและอาการปัจจุบัน.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจสุขภาพ หรือปรึกษาแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) อาการ.....วันเดือนปีที่รับการรักษา.....

สถานพยาบาลผลการรักษา.....

บทยืนยันการรับสมัคร**Smart H.I.P.**

TSR : ผม/ดิฉันขออนุญาตยื่นยันการสมัครรับความคุ้มครอง โดยที่คุณ.....ไม่ต้องกรอกเอกสารการสมัครใด ๆ ทั้งสิ้น
ขณะนี้คุณ. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)..... ต้องการสมัครแผนความคุ้มครอง โครงการ MTL Smart H.I.P. นะคะ/ครับ

การตกลงของคุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า).....ถือเป็นการยืนยันการขอรับความคุ้มครอง โครงการ MTL Smart H.I.P. กับ
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต คุณ... (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)..... ขอยืนยันว่าในขณะนี้ มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดี ทุกประการ
ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย พิกัด หรือ ทุพพลภาพ หรือมีความผิดปกติของร่างกาย หรือ โรคภัยแรงใดๆ มาก่อน
หากสุขภาพของคุณรวมถึงข้อมูลอื่นของคุณไม่เป็นไปตามความจริง ที่แจ้งไว้กับทางบริษัท
สัญญาประกันภัยนี้จะตกเป็นโมฆะตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 ซึ่งบริษัทอาจบอกล้างสัญญา
และไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ทั้งนี้หากบริษัทรับประกันชีวิต
คุณ.....จะได้รับความคุ้มครองดังต่อไปนี้

ความคุ้มครอง			
1. การสูญเสียชีวิตทุกกรณี(ที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์)	100,000	100,000	100,000
2. ผลประโยชน์รายวันในกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ของ โรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ทั้งนี้ไม่เกิน 365 วัน	1,000	2,000	3,000
3. ผลประโยชน์รายวันในกรณีเข้ารับรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ICU หรือกรณีรักษาตัวในโรงพยาบาลในต่างประเทศ หรือ ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งนี้ไม่เกิน 45 วัน	1,000	2,000	3,000
4. การเสียชีวิต, สูญเสียอวัยวะ และอื่นๆ*, ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร จากอุบัติเหตุ ที่มีได้เกิดจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ , ถูกฆาตกรรมหรือ ถูกทำร้ายร่างกาย สูงสุดไม่เกิน	400,000	500,000	700,000
5. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และอื่นๆ*ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรจากอุบัติเหตุสาธารณะ(ที่มีได้เกิดจากการขับ ขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	400,000	500,000	700,000
6. ค่ารักษาพยาบาล** เนื่องจากอุบัติเหตุสูงสุดไม่เกิน	15,000	20,000	30,000

ทั้งนี้ผลประโยชน์ตามข้อ 2 และ ข้อ 3 รวมกันสูงสุดไม่เกิน 365 วัน

* ผลประโยชน์การสูญเสียอวัยวะและอื่นๆ ซึ่งได้แก่ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง
เป็นไปตามอัตราส่วนที่ระบุในกรมธรรม์

** ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นและสมควรซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ

กรณีที่บริษัทจะไม่คุ้มครอง สำหรับแบบประกันภัย ภายในระยะเวลา 10/10

1. กรณีผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 2 ปี
นับตั้งแต่วันที่ทำสัญญาหรือวันต่ออายุกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย
2. กรณีผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปีนับตั้งแต่วันที่ทำสัญญาหรือวันต่ออายุกรมธรรม์
ครั้งสุดท้ายหรือถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. กรณีผู้เอาประกันภัยแถลงอายุคลาดเคลื่อนไม่ตรงตามความจริงและบริษัทฯ

พิสูจน์ได้ว่าในขณะทำสัญญาประกันภัยอายุที่ถูกต้องแท้จริงอยู่นอกจำกัดอัตราเบี้ยประกันภัยตามทางคำปถิของบริษัทฯ

ข้อยกเว้นความคุ้มครอง สัญญาเพิ่มเติม

- สุขภาพเอชไอพี (HIP) มีทั้งหมด 23 ข้อ เช่น

ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลหรือความเสียหายที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการหรือภาวะความผิดปกติที่เกิดจาก การตรวจสุขภาพทั่วไป นอนโรงพยาบาลเพื่อทำกายภาพบำบัดเป็นต้น

- การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล มีทั้งหมด 15 ข้อ เช่น

ไม่คุ้มครองการสูญเสีย การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง

ทุพพลภาพถาวรและการรักษาพยาบาลอันเกิดจากสาเหตุ การกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา หรือสารเสพติดให้โทษร้ายแรง จนไม่สามารถครองสติได้ เป็นต้น

****เฉพาะเบี้ยประกันชีวิตของโครงการนี้สามารถนำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ฉบับที่ 172 ซึ่งประกาศ ณ วันที่ 30 ธ.ค.51 ค่ะ/ครับ****

โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในกรมธรรม์ ค่ะ/ครับ

TM: บริษัทฯพิจารณารับประกันภัยโดยอาศัยหลักความสุจริตใจอย่างอิงตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

และหากท่านยังไม่ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทฯ และ

มีความประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยด้วยเหตุใดก็ตาม สามารถส่งคืนกรมธรรม์มายังบริษัทฯภายใน 30 วัน

นับแต่วันที่ได้รับและให้อีกว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ไม่มีผลบังคับตั้งแต่วันที่เริ่มต้น

โดยบริษัทฯจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

การคืนเบี้ยประกันภัยบริษัทฯจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน

นับแต่วันที่บริษัทฯได้รับแจ้งการขอให้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

รายเดือน (บัตรเครดิต)

คุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)..... อนุญาตให้ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยเป็นแบบรายเดือนผ่านบัตรเครดิต วีซ่า/มาสเตอร์ ธนาкарของคุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)..... หมายเลข.....ว/ด/ป
หมดอายุ.....เดือนละ.....บาท เป็นเวลา.....ปี

และกรณีที่มีเหตุขัดข้องทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยในงวดใดงวดหนึ่งได้

และต่อมาในเดือนถัดจากเดือนที่มีเหตุขัดข้อง บริษัทฯจะเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัย เป็นจำนวน 2 งวด โดยบริษัทฯ

จะออกใบรับเงินเบี้ยประกันภัยให้ตามงวดที่ชำระให้แก่คุณต่อไปเช่นกัน คุณ.. (ชื่อ – นามสกุล

ลูกค้า).....ตกลงยินยอมให้มีการเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยตามที่ได้แจ้งให้ทราบข้างต้นนะค่ะ/ครับ

รายปี (บัตรเครดิต)

คุณ.....อนุญาตให้ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันเป็นแบบรายปีผ่านบัตรเครดิต วีซ่า/ มาสเตอร์

ธนาкар.....ของคุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า).....หมายเลข.....ว/ด/ป หมดอายุปีละ.....บาท

เป็นเวลา.....ปี คุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)..... ตกลงตามข้อความที่กล่าวมาทั้งหมดนะค่ะ/ครับ

(รบกวนช่วยกล่าวคำว่าตกลง เป็นทางการด้วยครับ/ค่ะ คุณ.. (ชื่อ – นามสกุล

ลูกค้า).....ตกลงตามข้อความที่กล่าวมาทั้งหมดนะค่ะ/ครับ)

ลูกค้า รอลูกค้าตอบ (ตกลง) ขอบคุณครับ/ค่ะ

คุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)....ได้สมัครทำประกัน โครงการ MTL Smart H.I.P. เป็นที่เรียบร้อยแล้วค่ะ/ครับ

แจ้งวันเริ่มต้นความคุ้มครอง

ทั้งนี้กรมธรรม์จะมีผลบังคับและให้ความคุ้มครองทันทีหลังจากวางสายหาก บ.ได้รับชำระเบี้ยประกันภัยภายใน 7

วันทำการนับจากวันที่ท่านสมัครรับความคุ้มครองและผ่านการพิจารณารับประกันภัยโดยบ.เรียบร้อยแล้ว แต่

ในกรณีความคุ้มครองสุขภาพมีระยะเวลารอคอย 30 วันและ 120 วัน นับจากวันที่เริ่มต้นสัญญาประกันภัย(ขึ้นอยู่กับโรค)

โดยที่คุณ... (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)... จะได้รับเล่มกรรมธรรม์ภายใน 15 วันทำการ นับจากวันที่บ.ได้ให้ความคุ้มครอง และรบกวนตรวจสอบรายละเอียดอีกครั้งเพื่อความถูกต้อง และหลังจากนั้นขอให้ท่านส่งสำเนาบัตรประชาชนของท่านมาที่บริษัทฯ ในโอกาสแรกที่สามารถกระทำได้ (กรณีเป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ให้ส่งเป็นสำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา ที่เป็นผู้ชำระเบี้ยมาด้วย) หลังจากบริษัทฯ ได้จัดส่งกรรมธรรม์ไปให้ท่านภายใน 7 วัน บริษัทฯ จะโทรสอบถามและชี้แจงรายละเอียดของกรรมธรรม์ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ หรือถ้าหลังจากนั้น ถ้าคุณ. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)... ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อ บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต ได้ที่เบอร์ 02 - 274- 9400 ตั้งแต่ 9.00 น. - 18.00 น. ในวันจันทร์ – ศุกร์ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่คุณ..... ให้ความไว้วางใจกับทาง บ.เมืองไทย ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) ได้เป็นผู้ดูแลคุณนะค่ะ คุณ.....มี(คำอวยพร เช่น สุขภาพร่างกายแข็งแรง, มีความสุข ฯลฯ) ขอบพระคุณมาก ๆ ค่ะ สวัสดีค่ะ

TSR (กรณี Pending คือ ตอบคำถามสุขภาพ ในข้อใดข้อหนึ่งว่า “เคย”)

เนื่องจากคุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)... ได้ตอบคำถามสุขภาพในข้อใดข้อหนึ่งว่า “เคย” ดังนั้นคุณจะได้รับความสะดวกหลังจากผ่านการพิจารณาจากทีมผู้ชำนาญด้านพิจารณารับประกันชีวิตของทาง บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต และถ้าผลการพิจารณาไม่สามารถรับประกันคุณได้ ทางบริษัทฯ จะแจ้งผลการพิจารณากลับไปยังคุณ. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)... นะครับ/ค่ะ ทั้งนี้หากคุณ.. (ชื่อ – นามสกุล ลูกค้า)... มีข้อสงสัยสามารถติดต่อกลับมาเพื่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่เบอร์ ... (เบอร์โทร Broker)... ตั้งแต่เวลา XXXXXXXXXXXX ขอขอบคุณครับ/ค่ะ