



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 4540
วันที่ 25 ธ.ค. 55
เวลา 09.41 น.

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว(กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ)โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๒-๔ ต่อ ๓๐๓
ที่ สก.๐๐๓๓.๐๑๒/ว ๒๒๘๖ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ทุกงาน

๑. เรื่องเดิม

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดโครงการประกันภัยกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๒ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยกรมธรรม์ความคุ้มครองการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มในปีที่ ๑๓ รอบที่ ๑ กำลังจะหมดระยะเวลาความคุ้มครองในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงพิจารณาทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปีที่ ๑๔ รอบที่ ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕) ดังนี้

๒.๑ กลุ่มเป้าหมายคือผู้ปฏิบัติหน้าที่ หรือบุคคลที่ช่วยปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นควรทำประกันชีวิต

๒.๒ ทุนประกันภัยต่อคน ๒๐๐,๐๐๐ บาท โดยค่าเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ดังนี้

- อายุ ๕-๖๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๖) จ่าย เลือกลงตามแผนคุ้มครอง/คน/ปี

(ซื้อได้ทั้งแผนมาตรฐานและแผนพิเศษ)

- อายุ ๖๑-๗๐ ปี (พ.ศ.๒๕๐๕ -๒๕๖๖) จ่าย ๓๒๐ บาท/คน/ปี

(ซื้อได้เฉพาะแผนมาตรฐานครอบครัวเท่านั้น)

๒.๓ เอกสารการสมัครประกอบด้วย ใบสมัครประกันภัยพร้อมลงนาม ๑ ฉบับ
สำเนาบัตรประชาชน(รับรองสำเนา) ๑ ฉบับ และเงินค่าสมัครตามแผนที่เลือก

๓. ข้อพิจารณา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรวบรวมใบสมัครประกันอุบัติเหตุของผู้ที่สนใจสมัคร พิมพ์ข้อมูลผู้ขอทำประกันตามแบบฟอร์ม พร้อมด้วยสำเนาบัตรประชาชน และเงินค่าสมัครตามแผนที่เลือก ส่งกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายในวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๕ (เริ่มคุ้มครอง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕) รายละเอียดแนบเรียนมาพร้อมนี้

๓. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นความชอบ.....
☐ อื่นๆ

(นางดารารัตน์ ไหว้งศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ๕๔ พรรษา
สาธารณสุขซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐-๒
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๑-๖ เว็บไซต์ www.niems.go.th

ที่ สพฉ. ๐๓/๐๒๐๑๖

๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
เลขที่รับ 253
วันที่ 12/4/2565
เวลา 08.40 น.

เรื่อง การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คู่มือรายละเอียดการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
๒. แบบแผนการคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ

จำนวน ๑ ฉบับ

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กรมธรรม์ความคุ้มครองการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มในปีที่ ๑๓ รอบที่ ๑ กำลังจะหมดระยะเวลาความคุ้มครองในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ นั้น

ในการนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ขอเรียนแจ้งรอบการต่อกรมธรรม์ความคุ้มครองการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รอบปีที่ ๑๔ รอบที่ ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕) และขอจัดส่งรูปแบบของการทำประกันอุบัติเหตุกลุ่ม โดยขอความอนุเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม โดยดาวน์โหลดเอกสารผ่านหน้าเว็บไซต์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ www.niems.go.th บริการออนไลน์>>> ระบบสมัครประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม>>> โครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๑๔ รอบที่ ๑ โดยขอความอนุเคราะห์ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวบรวมใบสมัครและจัดส่งข้อมูลรายชื่อผู้สมัครฯ สำเนาใบโอนเงิน ให้กับบริษัทพิพประกันภัย จำกัด (มหาชน) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยการทำประกันภัยฯ ติดต่อนางสาวชฎารัตน์ เกิดเรียน เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑ ๗๗๙ ๑๖๖๙ อีเมล chadarat.k@niems.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์วิธีการและขั้นตอนการสมัครให้กับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/องค์การบริหารส่วนจังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง/เทศบาลนครและมูลนิธิ ต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

นาวาเอก (พิเศษ)

(พิสิทธิ์ เจริญยิ่ง)

รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สำนักรับรองและกำกับมาตรฐาน ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๕๐

ผู้รับผิดชอบ นางสาวชฎารัตน์ เกิดเรียน โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๑๗๗๙ ๑๖๖๙ E-mail: chadarat.k@niems.go.th

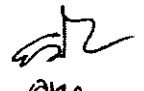
เรื่อง ทน. สสจ. สระแก้ว

สสจ. เพื่อบรรเทาผลกระทบจากภัยพิบัติ
การทำประมงด้วยเครื่องมือที่ผิดกฎหมายใน
น่านน้ำอุทยานแห่งชาติ 14 ธ.ค. 1 (1 ตุลาคม 2565)
ตามแผนตามมติกรมประมง (สสจ.).

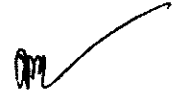
- เพื่อไปทราบ
- บันทึกประวัติการทำประมงที่สวนประมง

รพ. ๓๓๖ / สสจ. ๓๓๖ / ส. ๓๓๖ / ส. ๓๓๖ / ส. ๓๓๖

โดยผ่านนายแพทย์สุกัญญา ในจังหวัด ๓๓๖ สสจ. สก


๓๓๖
๓๓๖.

ทำเป็น



(นางดารารัตน์ ไหว้งศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ

ข้อมูลส่วนตัวผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (รายละเอียดของหน่วยงานแกนหลักในการทำประกัน)

ชื่อ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

ที่อยู่ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

จำนวนพนักงาน _____ คน

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย (รายละเอียดของผู้สมัครประกัน)

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____ อายุ _____ ปี

เลขประจำตัวประชาชน _____ อาชีพ _____

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ _____ รายได้อื่นๆ ปีละ _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ที่ทำงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ผู้รับประโยชน์ : _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____ (แผนมาตรฐานและแผนพิเศษ)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	200,000	

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เวลา 16.30 น. ถึงสิ้นสุดวันที่ 1 ตุลาคม 2566 เวลา 16.30 น.

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) _____

3. ท่านจับไข้หรือโดยสารวจกรยานยนต์หรือไม่
☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่
☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำ จากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือ มีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
7. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
9. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของ ข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทยกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท พิทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด หรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกาย ของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับ ข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ (สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

()

ถ้อยแถลงของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัย - กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม พิทย แบบพิศน หน้า 2/2

กรณีใบสมัครครอบครัวยังข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ผู้รับประโยชน์ ๒. ความสัมพันธ์

ผู้รับประโยชน์ ๓. ความสัมพันธ์



หน่วยงานรับผิดชอบ

แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ข้อมูลกลุ่มครอง (อป. 2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)									
	แผนมาตรฐาน		แผน 1			แผน 2			แผน 3	
	สมาชิก	ครอบครัว	สมาชิก	ครอบครัว	สมาชิก	สมาชิก	ครอบครัว	สมาชิก	ครอบครัว	ครอบครัว
	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- พหุพยานการ	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตา 1 ข้าง (ตั้งแต่ 2 ข้างขึ้นไป)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตา 1 ข้าง	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000
- สูญเสียอวัยวะ การรับฟัง การพูดออกเสียง	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2	ตาม อบ. 2
- ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	10,000	ไม่มี	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
- หอการค้าและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	(จากหลักฐาน)	ไม่มี	ไม่มี	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- อุบัติเหตุสาธารณะ (ยานพาหนะสาธารณะ หรืออาคารสาธารณะ หรือลิฟต์สาธารณะ)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	100,000	100,000	100,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การโดยรถสาธารณะที่มีได้ประกอบการโดยสารโดยสายการบินพาณิชย์ (สูงสุดไม่เกิน 10 ล้านบาท)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความไม่สงบจนถึงความไม่สงบของบ้านเรือน	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การถูกขโมยทรัพย์สินหรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- ค่ารักษาพยาบาล (ต่อครั้ง)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
เบี้ยประกันสุทธิ/คน										
อายุ 5-60 ปี	120	200	200	200	240	360	390	500	550	ไม่มี
อายุ เกิน 60-70 ปี	320	320	320	320	320	320	320	320	320	ไม่มี

เงื่อนไขและข้อควรระวังอื่นๆ ให้เป็นไปตามกรมธรรม์ฉบับมาตรฐานการประกันอุบัติเหตุกลุ่มพิเศษแบบพิเศษ

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.0787(1)/59 ใช้อย่างถึง แผนมาตรฐานสมาชิก

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.0787(2)/59 ใช้อย่างถึง แผนมาตรฐานครอบครัว

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.2018-AHI-41-0612 Rev.05 ใช้อย่างถึง แผนพิเศษ แผน 1 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 1 ครอบครัว

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.2018-AHI-41-0612 Rev.06 ใช้อย่างถึง แผนพิเศษ แผน 2 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 2 ครอบครัว

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.2018-AHI-41-0613 Rev.05 ใช้อย่างถึง แผนพิเศษ แผน 3 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 3 ครอบครัว

หมายเหตุ 1 กรณีผลประโยชน์ที่ผู้ถือสิทธิสามารถจะจ่ายเพิ่ม 100% ของจำนวนเงินผลประโยชน์ตามข้อตกลงคุ้มครอง อบ. 2

2 อัตรากรมธรรม์ปี 0.0% บริษัทฯ ยินดีรับชำระแทนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตั้งขึ้น

Signature

[illegible][illegible]