

เอกสารสรุปความคุ้มครองเบื้องต้น

เรียนคุณ _____

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปข้อมูลเบื้องต้นในผลิตภัณฑ์ประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยเลือก ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย

หากทางบริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) พิจารณาใบคำขอเอาประกันภัยและตกลงรับประกันภัยความคุ้มครอง ภายใต้แผนประกันรายปี **แผนซูพีเรีย เฮลท์** (ตามวงเงินที่ผู้เอาประกันภัยเลือก สองล้านบาท, ห้าล้านบาท, หรือ สิบล้านบาท) จะมีความคุ้มครองและเงื่อนไขสำคัญบางประการดังนี้

ความคุ้มครองหลัก:

- ❖ ให้ความคุ้มครองทั่วโลก ยกเว้นสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม บริษัทฯ จะให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น ทั้งนี้ ยกเว้นค่าผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ และค่าล้างไตผ่านทางเส้นเลือด ที่ให้ความคุ้มครองเฉพาะการรักษาภายในประเทศไทยเท่านั้น
- ❖ ผลประโยชน์หมวดความคุ้มครองการประกันภัยสุขภาพ (กรณีผู้ป่วยใน และกรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน) ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยใดๆ หลังพ้นระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 30 วัน หรือ 120 วัน แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ในกรณีอุบัติเหตุ หรือได้รับการบาดเจ็บหรือต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองทันที
- ❖ กรณีเลือกซื้อแบบที่มีความรับผิดชอบส่วนแรก บริษัทฯ จะพิจารณาสินไหมทดแทนตามผลประโยชน์ที่ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย และจะจ่ายผลประโยชน์เฉพาะส่วนที่เกินจำนวนความรับผิดชอบส่วนแรกให้กับผู้เอาประกันภัย
- ❖ การประกันอุบัติเหตุ กรณีเสียชีวิต, สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ ด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัย 100,000 บาท

ความคุ้มครองเพิ่มเติม (กรณีซื้อเพิ่ม):

- ❖ ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บ หรือการป่วยใด ๆ โดยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องนอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน เช่น ไข้หวัด, ปวดศีรษะ, ไอมีเสมหะ) ตามแผนความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันภัยเลือก

การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย:

- ❖ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับสิทธิการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ **ตลอดชีวิต** หากชำระเบี้ยประกันภัยทุกปีอย่างต่อเนื่อง ยกเว้น ผู้ที่สมัครเอาประกันภัยขณะที่ยังไม่ถึง 60 ปี ขึ้นไป จะได้รับสิทธิต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ถึงอายุ 80 ปี ทั้งนี้ หากปรากฏหลักฐานว่าผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองไม่แถลงข้อความจริง หรือมีการเรียกร้องผลประโยชน์โดยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ หรือได้กระทำการฉ้อฉลประกันภัย เพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับประโยชน์จากการประกันภัยนี้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีบริษัทของผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับผู้เอาประกันภัย:

- ❖ กรณีที่บริษัทของผู้เอาประกันภัย (บริษัทที่ผู้เอาประกันภัยสังกัดอยู่ หรือเป็นลูกจ้าง หรือเป็นผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง) เป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับผู้เอาประกันภัยและผู้ได้รับความคุ้มครอง เป็นที่เข้าใจและยอมรับในข้อตกลงและเงื่อนไขการคืนเบี้ยประกัน กรณีกรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดลงก่อนวันสิ้นสุดความคุ้มครองตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ หรือ หากมีการยกเลิกกรมธรรม์ระหว่างปี บริษัทฯ คืนเบี้ยประกันในนามของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น ยกเว้นแต่มีการโอนสิทธิการรับคืนเบี้ยประกันภัยให้กับบริษัทผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ทั้งนี้ต้องนำส่งหนังสือการโอนสิทธิดังกล่าว พร้อมสำเนาบัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง และเอกสารที่เกี่ยวข้องของผู้เอาประกันภัย ให้กับ บริษัทฯ รับทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำคัญของกรมธรรม์:

- ❖ โรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) อาการ หรือความผิดปกติที่เป็นมาก่อนทำประกันภัย (Pre-existing Condition) จะไม่ได้รับความคุ้มครอง
- ❖ บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดจากหรือเป็นผลมาจากอาการหรือโรคแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 120 วัน นับแต่วันที่ความคุ้มครองเริ่มมีผลบังคับ คือ เนื้องอก กุ้งน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด, ริดสีดวงทวาร, ไล่เลื้อนทุกชนิด, ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก, การตัดทอนซิล หรือ扁桃腺, นิ้วทุกชนิด, เส้นเลือดอุดตัน, เยื่อบุโพรงจมูกเจริญผิดปกติ

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัย โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของบริษัทฯ

โดยบริษัทฯ จะใช้เวลา 2 สัปดาห์โดยประมาณ ในการดำเนินการออกกรมธรรม์รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง **กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลในเครือข่าย** ผู้เอาประกันภัยสามารถยื่นบัตรประชาชนในสถานพยาบาลกว่า 490 แห่งทั่วประเทศไทย (โดยไม่ต้องสำรองจ่าย*) หากผู้เอาประกันภัยมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ ในสถานพยาบาลนอกเครือข่าย หรือนอกประเทศไทย ขอให้ผู้เอาประกันภัยสำรองจ่ายและดำเนินการเรียกร้องสินไหมทดแทนจากบริษัทฯ โดยส่งเอกสารสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ได้แก่ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ใบเสร็จรับเงิน และใบรับรองแพทย์ **ต้นฉบับจริง** มาที่บริษัทฯ

ในระหว่าง 3 ปีแรกของกรมธรรม์ หากผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับการรักษาเนื่องจากการป่วยที่บริษัทฯ สงสัยว่าเป็นสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition) บริษัทฯ ขอให้ผู้เอาประกันภัยสำรองจ่ายโดยตรง กับสถานพยาบาล และเรียกร้องค่าสินไหมในภายหลัง ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบประวัติว่าผู้เอาประกันภัยมีสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยหรือไม่

*เงื่อนไขการรับบริการจากสถานพยาบาลในเครือข่ายโดยไม่ต้องสำรองจ่าย เป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

ข้อควรทราบ:

- ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง และเมื่อได้รับกรมธรรม์ประกันภัยแล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนด และเงื่อนไขในกรมธรรม์
- หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะขอยกเลิกกรมธรรม์ สามารถส่งคืนกรมธรรม์มายังบริษัทภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ (ถ้ามี) อย่างไรก็ตาม บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการใช้เงื่อนไขนี้ กรณีผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว
- กรณีเปลี่ยนแปลงข้อมูล เช่น หมายเลขบัตรเครดิตรหัสบัตรโทรศัพท์ หรือ email กรุณาแจ้งบริษัท
- ผู้เอาประกันภัยเดิมของบริษัทฯ ที่ประสงค์สมัครขอรับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพแบบมาตรฐานใหม่ บริษัทฯ ขอแจ้งให้ทราบว่า เงื่อนไขและข้อกำหนดต่างๆ ข้อตกลงความคุ้มครอง ข้อยกเว้นความคุ้มครอง จะเป็นไปตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ที่ผู้เอาประกันภัยสมัครนี้ โดยมิได้มีข้อใดต่อเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมที่ผู้เอาประกันภัยยังคงถืออยู่ หรือขอยกเลิกไปด้วยความสมัครใจของผู้เอาประกันภัย
- โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ ออยุธยา (สำหรับลูกค้า) อย่างละเอียดได้ที่ https://gi.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html หรือ แสกน QR Code



สำหรับผู้เอาประกันภัย

รับทราบโดย (ผู้ขอเอาประกันภัย) : _____ วันที่ : _____ เวลา : _____
(_____) โปรดเขียนตัวบรรจง

สำหรับเจ้าหน้าที่เสนอขาย

เจ้าหน้าที่เสนอขายกรมธรรม์ / นายหน้าประกันวินาศภัย : _____ เลขที่ใบอนุญาต : _____ วันที่ : _____ เวลา : _____
(_____) โปรดเขียนตัวบรรจง