

สวัสดิการเสริมความคุ้มครองอุบัติเหตุ
สำหรับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ กระทรวง
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำกัด
และครอบครัว

แถมความคุ้มครองบุตรฟรี 3 คน (ในกรณีคุ้มครองคู่สมรส)

มีแผนความคุ้มครอง บิดา, มารดา

มีบัตรเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนกว่า 250 โรงพยาบาล

มีค่าชดเชยรายได้ วันละ 700 บาท

เบี้ยประกันเริ่มต้นเพียงวันละ 3 บาท

ชำระเบี้ยประกันรายเดือน โดยสหกรณ์ฯ เป็นผู้ดำเนินการ

หมายเหตุ กรุณาอ่านเงื่อนไขความคุ้มครอง และกำหนดอายุของผู้เอาประกันในใบสมัคร
มีบัตรเข้าโรงพยาบาลเฉพาะผู้เอาประกัน และคู่สมรส

ในกรณีทำประกันให้คู่สมรส, บุตร, บิดา, มารดา กรุณากรอกใบสมัคร 1ใบ/1ท่าน
(กรุณาอ่านรายละเอียดคำถาม-ตอบ ก่อนกรอกเอกสาร)

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ

เบอร์โทรศัพท์ 08-1651-5209

E-Mail : somchai_patum@hotmail.com



Q&A for VEB :

การกรอกข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัย

Q : การสมัครให้สมาชิกในครอบครัวต้องใช้ Application แยกรายบุคคล และต้องลงลายมือชื่อทุกคน หรือไม่

A : ต้องกรอก Application แยกรายบุคคล และลงลายมือชื่อทุกคน หากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกรอกและลงลายมือชื่อได้ ให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรอกและลงลายมือชื่อแทน พร้อมทั้งระบุว่ากระทำการแทน

Q : กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของบิดาหรือมารดา ให้ทำเครื่องหมาย ในช่องใด

A : ให้ทำเครื่องหมาย ในช่องอื่นๆ (โปรดระบุ) และระบุเป็น บิดาหรือมารดา

การแสดงความประสงค์ใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษีที่มีความซับซ้อน

Q : การลงลายมือชื่อของสมาชิกในครอบครัว กรณีสมาชิกไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถลงลายมือชื่อแทนได้หรือไม่

A : ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถลงลายมือชื่อแทน พร้อมทั้งระบุว่ากระทำการแทน

Q : กรณีสมาชิกครอบครัวที่ต้องการประสงค์ใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี จะต้องให้บริษัท/นายจ้าง ลงลายมือชื่อด้วยหรือไม่

A : ส่วนของบริษัท/นายจ้าง สามารถใช้เฉพาะตราประทับได้ หรือหากไม่สามารถใช้ตราประทับได้ สามารถลงในส่วนดังกล่าวได้ค่ะ

Q : ในกรณีที่ไม่มี ความประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ผู้ขอเอาประกันภัยและสมาชิกจะต้องลงลายมือชื่อทุกจุดหรือไม่

A : ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องลงนามร่วมกับสมาชิกทุกท่านอื่นเสมอ

Q : กรณีที่มีบุตรเป็นสมาชิกด้วย (ในกรณีนี้ฟรีค่าเบี้ยของบุตร) บุตรจะต้องกรอกข้อมูลในส่วนของการแสดงความประสงค์ใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษีหรือไม่

A : บุตรจะกรอกข้อมูลทั้งหมดและลงลายมือชื่อ (หน้า 3) และทำเครื่องหมาย ไม่มีความประสงค์ใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี (เนื่องจากกรณีนี้ฟรีบุตรจึงไม่สามารถจะนำไปลดหย่อนได้)



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามปิวัตทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999
ทะเบียนเลขที่ บบจ. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร / Tax ID. 0107554000283

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ จำกัด

ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน

ตำแหน่ง

ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ))..... ชื่อ..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ อีเมล

กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ

คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อเดือน			การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (ไม่รวมบุตร)
	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 500,000 บาท	HIP 700
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 50
แผน 2 ผู้เอาประกันภัย และคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 240	<input type="checkbox"/> 360	<input type="checkbox"/> 100
แผน 3 ผู้เอาประกันภัย และบิดา+มารดา	<input type="checkbox"/> 170	<input type="checkbox"/> 230	<input type="checkbox"/> 350	
แผน 4 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา+มารดา	<input type="checkbox"/> 260	<input type="checkbox"/> 350	<input type="checkbox"/> 530	

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้เอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช่ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
- ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	100,000
การรักษาพยาบาล	20,000	20,000	5,000	10,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	150,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	300,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	150,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	150,000
การรักษาพยาบาล	30,000	30,000	7,500	15,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	250,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	500,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	250,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	250,000
การรักษาพยาบาล	50,000	50,000	12,500	25,000

หมายเหตุ : MEMBER CARD มีให้เฉพาะสมาชิกและคู่สมรส เท่านั้น (กรณีเลือกแผนคุ้มครองคู่สมรส)

แผนคุ้มครองรายได้ระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 700 บาท/วัน		
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส
การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	700	700

หมายเหตุ :

- ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกและเลือกแผนความคุ้มครองหลักก่อน จึงสามารถซื้อแผนการชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุได้
- สำหรับแผน 2 ให้ความคุ้มครองเฉพาะสมาชิก และคู่สมรสเท่านั้น (ไม่รวมบุตร)

ข้อความยืนยันที่แนบมาในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง

ตำแหน่ง

(.....)

(.....)

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่..... เดือน..... ปี

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย

.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดย

ชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....

ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

ไม่มีความประสงค์

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

เอกสารแนบ ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”

อายุรับประกัน : ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่ เป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)

ความคุ้มครอง : ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่นกีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบินพาณิชย์ รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย

ข้อยกเว้น : ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด

- ❖ กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับเป็นรายเดือน โดยเริ่มต้นในวันที่ 1 ของทุกเดือน และความคุ้มครองจะมีผลต่อเนื่องตั้งแต่วันที่เริ่มความคุ้มครองที่ระบุไว้ในใบรับรองการประกันภัยจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะบอกเลิกสัญญามาเป็นลายลักษณ์อักษร และ/หรือบริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัย
- ❖ การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยโดยอัตโนมัติ โดยภายใต้ข้อบังคับของสัญญาและเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยนี้ การชำระเบี้ยประกันภัยเมื่อครบกำหนดชำระจะเป็นการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยโดยอัตโนมัติและจะไม่มี การออกกรมธรรม์ประกันภัย หรือหนังสือรับรองความคุ้มครองใหม่ กรมธรรม์ประกันภัยหรือหนังสือรับรองความคุ้มครองที่มีอยู่เดิมจะเป็นหลักฐานแสดง ความคุ้มครองที่มีผลบังคับใช้
- ❖ กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะสิ้นสุดผลบังคับทั้งฉบับโดยพลันเมื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสภาพการเป็นนิติบุคคลที่มีการจ่าย เงินเดือนและ/หรือค่าตอบแทนเป็นประจำเป็นรายเดือนให้แก่ผู้เอาประกันภัย และ/หรือผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยไม่ประสงค์ชำระ เบี้ยประกันภัยของผู้ที่ได้รับความคุ้มครองให้แก่บริษัทภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย
- ❖ การประกันภัยของผู้เอาประกันภัยแต่ละคนจะสิ้นสุดผลบังคับโดยพลัน เมื่อผู้เอาประกันภัยสิ้นสภาพการเป็นพนักงานผู้เป็น ลูกจ้างประจำของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้การประกันภัยจะสิ้นสุดผลบังคับนับแต่วันสุดท้ายของเดือนที่กรมธรรม์ประกันภัย มีผลบังคับใช้ การเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยอายุเกินอายุสูงสุดที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยไม่ชำระค่าเบี้ยประกันภัย
- ❖ การประกันภัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัวผู้เอาประกันภัยแต่ละคนจะสิ้นสุดโดยพลันเมื่อ สมาชิกครอบครัวผู้เอา ประกันภัยเสียชีวิต สมาชิกครอบครัวผู้เอาประกันภัยสิ้นสภาพการเป็นสมาชิกครอบครัวผู้เอาประกันภัย เมื่อสมาชิก ครอบครัวผู้เอาประกันภัยอายุเกินอายุสูงสุดที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยไม่ชำระค่าเบี้ย ประกันภัย
- ❖ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแจ้งขอยกเลิกย้อนหลังทุกกรณี ดังนั้น หากผู้เอาประกันภัยต้องการบอกเลิกความคุ้มครอง ผู้เอา ประกันต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบล่วงหน้า 1 เดือนขึ้นไป โดยแจ้งเรื่องขอยกเลิกกรมธรรม์นั้นมาเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น
- ❖ บริษัทฯ สามารถบอกเลิกสัญญากรมธรรม์ภัยได้ทันทีที่บริษัทฯ ตรวจพบว่า ผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ ก็ตาม
- ❖ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการออกสลิปหลังแนบท้าย ในกรณีที่มีการแจ้งเปลี่ยนข้อมูลของผู้เอาประกันภัย เช่น สะกดชื่อและ/ หรือนามสกุลผิด ที่อยู่ผิด เบอร์โทรศัพท์ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผิด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ไม่มีผลกระทบต่อค่าเบี้ย ประกันภัย โดยบริษัทฯ จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลตามที่ผู้เอาประกันภัยแจ้งมาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในฐานะข้อมูล ของบริษัทฯ เท่านั้น



สิทธิพิเศษจากการใช้บัตร PA Privileged Card กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

• ใช้แทนเงินสดในกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ โดยผู้เอาประกันภัยไม่ต้องสำรองเงินสดจ่ายไปก่อน ภายในวงเงินที่ระบุไว้ในบัตรฯ ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง

รายชื่อสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ “บัตรสิทธิพิเศษ PA Privileged Card”

Table with 8 columns: Hospital Name, Phone Number, Address, and Insurance Company. It lists various hospitals across different provinces including Bangkok, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom, and Nakhon Phanom.