

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพ ตามฟิต ตามก้าว

แผนประกันภัย.....

ชื่อนาย,นาง,นางสาว.....นามสกุล.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

สถานภาพ โสด แต่งงาน หย่า แยกกันอยู่

เพศ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน.....วันเริ่มทำงาน.....

ชื่อผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ชื่อที่อยู่ของแพทย์ของท่าน(ถ้ามี).....

1. ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมานี้ท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรคหรือได้รับบาดเจ็บหรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

2. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ใช่ ไม่ใช่

โรคตับ โรคเอดส์ โรคเมเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในผ่าตัดหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

4. ใบคำขอแบบสอบถามสุขภาพ หรือใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันสุขภาพ ใช่ ไม่ใช่

ปฏิเสธหรือเลื่อนการประกันภัย ใช่ ไม่ใช่

5. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรือไม่ ถ้าตอบเคยหรือใช่ตาม ข้อ 1 ถึง 5 โปรดให้รายละเอียดข้างล่างนี้ ใช่ ไม่ใช่

โดยระบุคำถามข้อนั้นด้วย

6. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคเมเร็งหรือไม่ ? ใช่ ไม่ใช่

โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคเมเร็งที่เป็น

ผู้ขอเอาประกันภัย ไม่เคย เคย

บิดา - มารดา

พี่ - น้อง

บุตร

7. ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมานี้ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ? ไม่เคย เคย

สาเหตุของการผ่าตัด.....เมื่อ.....ชื่อสถานพยาบาล.....

8. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่ ? ไม่เคย เคย

โปรดระบุโรค.....รักษาที่โรงพยาบาล.....เมื่อ.....

9. ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต ไม่เคย เคยสูบบุหรี่.....มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ.....ปี ถึง.....ปี

ในปัจจุบัน ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่.....มวน

10. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่ ?

โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ

ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ลำไส้อักเสบเรื้อรัง

ปากมดลูก ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกของไวรัส HIV ไม่เคย

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล.....

11. หากท่านมีการประกันภัยโรคเมเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคเมเร็งหรือไม่ ? ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด

ไม่มี มี ชื่อบริษัท.....ทุนประกันภัย.....บาท

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทที่เชื่อถือตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์

โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า

แก่ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

12. “ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่”

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหาก

ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก

กรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็น.....ผู้ขอเอาประกันภัย

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้.....

ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (ค.ป.ก.)

ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องปฏิบัติตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัท

ผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ผ่านมาตรฐานดัชนีมวลกาย Load SMK Health App.

คำนวณฟิตตามก้าว

Load SMK Health App.

ดัชนีมวลกาย (BMI)* อยู่ในเกณฑ์ปกติ

*ตารางดัชนีมวลกาย หรือ BMI (BODY MASS INDEX)

สำหรับผู้ชาย อายุ 11 ปี ขึ้นไป		ความสูง (ซม.)	สำหรับผู้หญิง อายุ 26-45 ปี ขึ้นไป		สำหรับผู้หญิง อายุ 45 ปี ขึ้นไป	
น้ำหนักตัวเป็น(กก.)			น้ำหนักตัวเป็น(กก.)		น้ำหนักตัวเป็น(กก.)	
ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด	
39	49	140	39	44.9	39	47.2
39.9	50.8	142	39.9	46.7	39.9	48
41.7	52.5	145	41.7	48.5	41.7	50.8
43.1	54.4	147	43.1	50.4	43.1	52.2
44.5	56.3	150	44.5	52.8	44.5	54
46.3	58	152	46.3	54	46.3	55.8
47.6	60.3	155	47.6	55.3	47.6	57.6
49	62.1	157	49	57.2	49	59.9
50.4	64.4	160	50.4	59	50.4	61.7
51.7	66.2	163	51.7	60.6	51.7	63.5
53.5	70.3	165	53.5	63.1	53.5	65.8
55.3	70.3	168	55.3	64.3	55.3	68
57.2	72.6	170	57.2	66.7	57.2	70.3
59	74.8	173	59	69	59	72.6
60.8	77.1	175	60.8	70.8	60.8	74.4
62.6	78.9	178	62.6	73	62.6	76.2
64.4	81.7	180	64.4	75.3	64.4	78.5
66.2	83.5	183	กรณีส่วนสูงอยู่นอกเหนือจาก			
68	85.7	185	ตาราง			
69.9	88.5	188				



สินมั่นคงประกันภัย

เราประกัน คุณมั่นใจ

โทร. 1596

ประกันสุขภาพ ตามฟิต ตามก้าว



ฟิตก้าว มั่นใจ

ติดต่อสาขาทั่วประเทศหรือตัวแทนใกล้บ้านท่าน

โทร. 0-2377-3999 Fax : 0-2731-6599



สินมั่นคงประกันภัย

เราประกัน คุณมั่นใจ

ประกันสุขภาพ ตามฟิต ตามก้าว

ผลประโยชน์ และความคุ้มครอง ประกันสุขภาพตามฟิต ตามก้าว

1. คุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล (อบ.2)

บริษัทฯ คุ้มครองการสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพถาวร ลื่นเซิง อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอกโดย อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขความคุ้มครองและช้อยยกเว้นตามกรมธรรม์ ประกันภัย PA เฉพาะทุนประกันอุบัติเหตุ ไม่คุ้มครองการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์

2. ค่าห้อง ค่าอาหารและค่าบริการพยาบาล

บริษัทฯ จะชดเชยให้ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินผลประโยชน์ต่อวันที่กำหนดไว้ในตาราง มีกำหนดสูงสุด 31 วัน ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง และในกรณีต้องเข้ารับรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก (I.C.U) จะชดเชยค่าห้องและค่าอาหารต่อวัน ตามที่เรียกเก็บจริง แต่ไม่เกินจำนวน 2 เท่า ของอัตราผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารรายวัน สูงสุดไม่เกิน 10 วัน ต่อการรักษาพยาบาล 1 ครั้ง

3. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ

บริษัทฯ จะชดเชยค่าใช้จ่ายอันสมควร ตามเกณฑ์ปกติซึ่งทางโรงพยาบาล ได้เรียกเก็บจริงจากค่าบริการต่างๆ เช่น ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจรักษา ค่าห้องผ่าตัด ค่าห้องทดลอง ค่ารถพยาบาล เป็นต้น ผลประโยชน์ที่ได้ชดเชยให้ทั้งหมด เมื่อรวมกันจะต้องไม่เกินจำนวนสูงสุด ของผลประโยชน์ต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง ตามที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

4. ค่าผ่าตัด

บริษัทฯ จะชดเชยค่าใช้จ่ายซึ่งทางโรงพยาบาลได้เรียกเก็บจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินชดเชยที่ได้คำนวณจากอัตราร้อยละ ตามตารางค่าธรรมเนียมการผ่าตัด ซึ่งระบุไว้ในกรมธรรม์เป็นจำนวนผลประโยชน์ ต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง ตามที่กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์

5. ค่าแพทย์เยี่ยมไข้

บริษัทฯ จะชดเชยค่าใช้จ่าย ซึ่งทางโรงพยาบาลได้เรียกเก็บจริง สำหรับการเยี่ยมไข้ของแพทย์ทั้งนี้จะชดเชยเพียง 1 ครั้งต่อวันและสูงสุดไม่เกิน 31 วัน ต่อการรักษา 1 ครั้ง

6. ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ

บริษัทฯ จะชดเชยค่าใช้จ่ายตามที่เรียกเก็บจริง แต่ต้องไม่เกินผลประโยชน์ ที่กำหนดไว้ในตาราง โดยในกรณีที่ไม่มีการผ่าตัดให้รวมเป็นค่าใช้จ่ายข้อ 3 ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ สำหรับกรณีที่มีการผ่าตัด ให้รวมเป็นค่าใช้จ่าย ตามข้อ 4 ค่าผ่าตัด

7. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (กรณีอุบัติเหตุ)

บริษัทฯ จะชดเชยค่าใช้จ่ายในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุต้องเข้ารับการรักษาตัวภายใน 24 ชั่วโมงในฐานะผู้ป่วยนอก (OPD) ฉุกเฉินของโรงพยาบาลคลินิก โดยค่าใช้จ่ายตามที่เรียกเก็บจริง แต่ไม่เกินจำนวนผลประโยชน์ตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์

8. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) (ผู้เอาประกันเลือกซื้อหรือไม่ซื้อก็ได้)

บริษัทฯ จะชดเชยค่าใช้จ่ายกรณีผู้เอาประกันเจ็บป่วย ในฐานะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือคลินิก โดยค่าใช้จ่ายตามที่เรียกเก็บจริง 1 ครั้ง ต่อวัน รวมไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี ซึ่งต้องไม่เกินจำนวนผลประโยชน์ตามที่ได้กำหนดไว้ในตารางผลประโยชน์ของการประกันภัยสุขภาพ



ตารางความคุ้มครองและผลประโยชน์ประกันสุขภาพตามฟิต ตามก้าว

“ยิ่งก้าว เบี้ยยิ่งลด”					
ผลประโยชน์	plan A	plan B	plan C	plan D	plan E
1. PA อบ.2 (เสียชีวิต ทูพพลภาพถาวรลื่นเซิง สูญเสียอวัยวะ) เนื่องจากอุบัติเหตุ	150,000	200,000	300,000	400,000	500,000
2. ผู้ป่วยใน					
2.1 ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพยาบาลต่อวัน (สูงสุด 31 วัน / ครั้ง)	1,500	2,000	2,500	3,000	4,000
2.2 ห้อง ICU (สูงสุด 10 วัน / ครั้ง)	3,000	4,000	5,000	6,000	8,000
2.3 ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป / ครั้ง	30,000	35,000	40,000	50,000	60,000
2.4 ค่าผ่าตัด / การรักษา 1 ครั้ง (จ่ายตามตารางการผ่าตัด)	40,000	50,000	60,000	70,000	80,000
2.5 ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ต่อวัน (ไม่เกิน 31 วัน / ครั้ง)	500	800	900	1,000	1,200
2.6 ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษต่อการรักษา 1 ครั้ง (กรณี ไม่มีการผ่าตัดดวงเงินรวมอยู่ใน ข้อ 2.3) (กรณี มีการผ่าตัดดวงเงินรวมอยู่ใน ข้อ 2.4)	1,800	2,000	2,500	3,000	4,000
2.7 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (กรณีอุบัติเหตุ / ครั้ง)	3,000	4,000	5,000	6,000	8,000
3. กรณีผู้ป่วยนอก					
3.1 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก OPD (ไม่เกิน 30 ครั้ง / ปี)	1,000	1,200	1,500	2,000	2,500

เบี้ยประกันสุขภาพ ตามฟิต ตามก้าว ผู้ป่วยใน (รายการที่ 1-2)*

อายุ	plan A	plan B	plan C	plan D	plan E
11 - 20	5,933	7,134	8,300	9,890	11,820
21 - 30	4,463	5,753	7,130	8,693	9,680
31 - 40	5,155	6,645	8,236	10,041	11,182
41 - 50	5,941	7,657	9,490	11,570	12,885
51 - 55	6,831	8,806	10,914	13,306	14,818
56 - 60	7,514	9,687	12,007	14,637	16,301

เบี้ยประกันสุขภาพ ตามฟิต ตามก้าว ผู้ป่วยในรวมผู้ป่วยนอก (รายการที่ 1-3)*

อายุ	plan A	plan B	plan C	plan D	plan E
11 - 20	12,033	14,454	17,450	22,090	27,070
21 - 30	7,788	9,823	12,129	16,179	20,524
31 - 40	8,546	11,345	14,011	18,687	23,706
41 - 50	11,023	13,254	16,144	21,534	27,320
51 - 55	12,418	15,036	18,565	24,763	31,418
56 - 60	14,073	16,914	20,424	27,240	34,561

*อัตราเบี้ยประกันยังไม่รวมภาษี 0.40%

เงื่อนไขการรับประกันสุขภาพ ตามฟิต ตามก้าว

- ผู้เอาประกันภัย ไม่ต้องตรวจสุขภาพเพียงแต่แถลงสุขภาพตามข้อเท็จจริง เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย
- ไม่คุ้มครองโรคที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย รวมทั้งโรค หรืออาการต่อเนื่องจากโรคนั้นๆ ที่ยังรักษาไม่หายขาด
- กรณีเกิดอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอกคุ้มครองทันทีนับจากวันที่มี ผลความคุ้มครอง ส่วนกรณีผู้ป่วยใน มีระยะการรอคอย 30 วัน นับจากวันที่ มีผลความคุ้มครอง สำหรับกรมธรรม์ที่คุ้มครองปีแรก

สามารถตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลในสัญญาที่ไม่ต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามเงื่อนไขกรมธรรม์ได้จาก www.smk.co.th