

เอกสารสรุปความคุ้มครองเบื้องต้น

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปข้อมูลเบื้องต้นในผลิตภัณฑ์ประกันภัยที่ท่านเลือก ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย

เรียนคุณ _____

บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) ได้รับใบคำขอรับประกันภัยของท่านแล้วและอยู่ระหว่างการพิจารณารับประกันภัย ในกรณีที่ท่านผ่านการพิจารณารับประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองภายใต้แผนประกัน **เบสิคแคร์** ตามวงเงินที่ท่านเลือก 350,000 / 550,000 / 750,000 บาท ซึ่งมีความคุ้มครองและเงื่อนไขสำคัญบางประการโดยสรุป ดังนี้

ความคุ้มครองหลัก:

- ❖ ผลประโยชน์หมวดความคุ้มครองการประกันภัยสุขภาพ (กรณีผู้ป่วยใน และกรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน) ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยใดๆ หลังพ้นระยะเวลาไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 30 วัน (หรือ 120 วัน) ทั้งนี้ในกรณีอุบัติเหตุ หรือได้รับการบาดเจ็บหรือต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากภาวะสืบเนื่องจากโรคต่างๆ ที่เป็นมาก่อนเอาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองทันที
- ❖ การประกันอุบัติเหตุ กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง และทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2) ด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัย 100,000 บาท

ความคุ้มครองเพิ่มเติม (กรณีซื้อเพิ่ม):

- ❖ ความคุ้มครองผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยนอก หมายถึง การบาดเจ็บ หรือการป่วยใดๆ ที่ไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ ภูมิแพ้) ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองหลังพ้นระยะเวลาไม่คุ้มครอง (Waiting Period) ตามแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือก
- ❖ ความคุ้มครองการประกันอุบัติเหตุเพิ่มเติม กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง และทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2) ในวงเงินที่ท่านเลือก 200,000 / 400,000 / 900,000 บาท
- ❖ ความคุ้มครองเรื่องสูติกรรม บริษัทฯ จะคุ้มครองการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร หลังเอาประกันภัยมาแล้วเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 280 วัน

การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

- ❖ ท่านสามารถต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ **ตลอดชีวิต** ภายใต้เงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันภัยทุกปีอย่างต่อเนื่อง ยกเว้น ผู้ที่สมัครเอาประกันภัยขณะที่อายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จะสามารถต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ถึงอายุ 80 ปี ทั้งนี้ หากปรากฏหลักฐานว่าผู้เอาประกันภัย หรือผู้ได้รับความคุ้มครองไม่แถลงข้อความจริง หรือมีการเรียกร้องผลประโยชน์โดยไม่มี ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือได้กระทำการฉ้อฉล ประกันภัย เพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับประโยชน์จากการประกันภัยนี้ บริษัทฯ จะสงวนสิทธิ์ไม่ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่บริษัทเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับท่าน:


- ❖ กรณีที่บริษัทหรือนิติบุคคลเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับผู้เอาประกันภัยและผู้ได้รับความคุ้มครอง บริษัทฯ อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่บุคคลที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย ภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขที่ระบุไว้เท่านั้น

ข้อกำหนดและเงื่อนไขที่สำคัญของกรมธรรม์:

- ❖ โรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) อากาศ หรือความผิดปกติที่เป็นมาก่อนทำประกันภัย (Pre-existing Condition) จะไม่ได้รับความคุ้มครอง
- ❖ ระยะเวลาไม่คุ้มครอง
 - ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นภายใน 30 วัน นับแต่วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลัง

- ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วันนับแต่วันที่ความคุ้มครองเริ่มมีผลบังคับ หรือวันที่บริษัท อนุมัติ ให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลัง สำหรับโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไส้เลื่อนทุกชนิด ต้อเนื้อหรือต้อกระจก การตัดทอนซิล หรืออดีนอยด์ นิ้วทุกชนิด เส้นเลือดคอที่ขา และเยื่อหูโพรงมดลูกเจริญผิดที่
- ❖ บริษัทไม่คุ้มครองการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ และการรักษาพยาบาลในประเทศไทย สำหรับโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือคลินิก ในเครือข่ายของโรงพยาบาลที่กำหนด เช่น 1) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 2) โรงพยาบาลบีเอ็นเอช 3) โรงพยาบาลสมิติเวช (สุขุมวิท) 4) โรงพยาบาลกรุงเทพ (ศูนย์วิจัย) และ 5) โรงพยาบาลเปาโลพระประแดง

ข้อควรทราบ:

- ในช่วงระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ความคุ้มครองเริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก หากบริษัทมีเหตุอันเชื่อได้ว่า การรักษาพยาบาลของท่านเกี่ยวข้องกับสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition) ท่านจะต้องชำระค่ารักษาพยาบาลโดยตรงเอง แล้วจึงส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมพร้อมเอกสารประกอบมายังบริษัท เพื่อขอคืนเงินจำนวนใดๆ ที่ท่านได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ของท่าน
- บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัย โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของบริษัท บริษัท จะใช้เวลา 2 สัปดาห์โดยประมาณนับจากวันที่รับเอกสารไปพิจารณาจนถึงการออกเอกสารกรมธรรม์รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- กรณีที่ท่านเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลในเครือข่ายท่านสามารถยื่นบัตรประชาชนในสถานพยาบาลกว่า 490 แห่งทั่วประเทศไทย (โดยไม่ต้องสำรองจ่าย*) หากท่านมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ในสถานพยาบาลนอกเครือข่าย ขอให้ท่านสำรองจ่ายและดำเนินการเรียกร้องสินไหมจากบริษัท โดยส่งเอกสารสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน คือ ใบเสร็จรับเงิน แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหม และใบรับรองแพทย์ **ต้นฉบับจริง** มาที่บริษัท
- * เงื่อนไขการให้บริการเป็นไปตามที่บริษัท กำหนด
- ท่านควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง และเมื่อได้รับกรมธรรม์ประกันภัยแล้วโปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนด และเงื่อนไขในกรมธรรม์
- ท่านสามารถยกเลิกกรมธรรม์ภายใต้เงื่อนไขสิทธิในการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Cancellation) ได้ โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัท ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท โดยบริษัท จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัท ได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยเดิมของบริษัท ที่ประสงค์สมัครขอรับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพแบบมาตรฐานใหม่ บริษัทขอแจ้งให้ทราบว่า เงื่อนไขและข้อกำหนดต่างๆ ข้อตกลงความคุ้มครอง ข้อยกเว้นความคุ้มครอง จะเป็นไปตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ที่ท่านสมัครนี้ โดยมีข้อโต้แย้งเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมที่ท่านยังคงถืออยู่ หรือขอยกเลิกไปด้วยความสมัครใจของท่าน
- เบสิคแคร์ เป็นชื่อทางการตลาดของ กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล (จ่ายผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์)
- เพื่อประโยชน์สูงสุดของท่าน กรณีเปลี่ยนแปลงข้อมูล เช่น หมายเลขบัตรเครดิต เบอร์โทรศัพท์ หรือ email กรุณาแจ้งบริษัท
- โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยูดฮยา (สำหรับลูกค้า) อย่างละเอียดโดย แสกน QR Code 

สำหรับผู้อเอาประกันภัย

รับทราบโดย (ผู้อเอา _____ วันที่ : _____ เวลา : _____
ประกันภัย) : (_____) โปรดเขียนตัวบรรจง

สำหรับเจ้าหน้าที่เสนอขาย

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