

## เอกสารสรุปความคุ้มครองเบื้องต้น

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปข้อมูลเบื้องต้นในผลิตภัณฑ์ประกันภัยที่ท่านเลือก ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย

เรียน คุณ \_\_\_\_\_

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) ได้รับใบคำขอรับประกันภัยของท่านแล้วและอยู่ระหว่างการพิจารณารับประกันภัยในกรณีที่ท่านผ่านการพิจารณารับประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองภายใต้แผนประกัน Exclusive Care @BDMS ตามวงเงินที่ท่านเลือก 1,500,000 / 5,000,000 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 ไอบีมเสมหะ) ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองหลังพ้นระยะเวลาไม่คุ้มครอง (Waiting Period) ตามแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือก

### การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย:

- ❖ ท่านสามารถต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ **ตลอดชีวิต** ภายใต้เงื่อนไขการชำระเบี้ยประกันภัยทุกปีอย่างต่อเนื่อง ยกเว้น ผู้ที่สมัครเอาประกันภัยขณะที่อายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จะสามารถต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ถึงอายุ 80 ปี ทั้งนี้ หากปรากฏหลักฐานว่าผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองไม่แถลงข้อความจริง หรือมีการเรียกร้องผลประโยชน์โดยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ หรือได้กระทำการฉ้อฉลประกันภัย เพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับประโยชน์จากการประกันภัยนี้ บริษัทฯ จะสงวนสิทธิ์ไม่ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

### กรณีที่บริษัทเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับท่าน:


- ❖ กรณีที่บริษัทหรือนิติบุคคลเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับผู้เอาประกันภัยและผู้ได้รับความคุ้มครอง บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่บุคคลที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย ภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขที่ระบุไว้เท่านั้น

### ตัวอย่าง ข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ไม่คุ้มครอง:

- ❖ โรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) อากาศ หรือความผิดปกติที่เป็นมาก่อนทำประกันภัย (Pre-existing Condition) จะไม่ได้รับความคุ้มครอง
- ❖ ระยะเวลาไม่คุ้มครอง
  - ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นภายใน 30 วัน นับแต่วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลัง
  - ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วันนับแต่วันที่ความคุ้มครองเริ่มมีผลบังคับ หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลัง สำหรับโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ เนื้องอก ภาวะน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไส้เลื่อนทุกชนิด ต้อเนื้อหรือต้อกระจก การตัดทอนซิล หรือ扁桃腺 ตื่นทุกชนิด เส้นเลือดขดที่ขา และเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่
- ❖ บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดจากหรือเป็นผลมาจาก การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการกระทำของผู้ได้รับความคุ้มครอง

- 1) ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สารเสพติดหรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ หรือ
  - 2) ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุราโดยมีระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายขณะตรวจเทียบเท่ากับระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
  - 3) หรือขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุราจนไม่สามารถครองสติได้ ในกรณีที่ไม่มี การตรวจวัดหรือในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ได้
- ❖ **คุ้มครองเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล (รวมคลินิก) ที่กำหนดเท่านั้น** ทั้งนี้ การรักษาพยาบาลนอกเหนือจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่กำหนด ทั้งกรณีที่มีการวางแผนหรือไม่มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า บริษัทจะให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเฉพาะการเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในโรงพยาบาลเท่านั้น

**ข้อควรทราบ:**

- ในช่วงระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ความคุ้มครองเริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก หากบริษัทมีเหตุอันเชื่อได้ว่า การรักษาพยาบาลของท่านเกี่ยวข้องกับสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition) ท่านจะต้องชำระค่ารักษาพยาบาลโดยตรงเอง แล้วจึงส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมพร้อมเอกสารประกอบมายังบริษัทฯ เพื่อขอคืนเงินจำนวนใดๆ ที่ท่านได้รับความคุ้มครองตามกรรมธรรมของท่าน
  - บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัย โดยให้เป็นที่ปรึกษาไปตามเงื่อนไขการรับประกันภัยของบริษัทฯ บริษัทฯ จะใช้เวลา 2 สัปดาห์ โดยประมาณนับจากวันที่รับเอกสารไปพิจารณาจนถึงการออกเอกสารกรรมธรรม์รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง
  - กรณีที่ท่านเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลที่กำหนด ท่านสามารถยื่นบัตรประชาชนในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่กำหนดเท่านั้น (โดยไม่ต้องสำรองจ่าย\*) หากท่านมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ในสถานพยาบาล นอกเหนือจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่กำหนด ทั้งกรณีที่มีการวางแผนหรือไม่มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า บริษัทจะให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลเฉพาะการเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งท่านต้องสำรองจ่ายและดำเนินการเรียกร้องสินไหมจากบริษัทฯ โดยส่งเอกสารสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ได้แก่ ใบเสร็จรับเงิน แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมและใบรับรองแพทย์ ต้นฉบับจริง มาที่บริษัทฯ
- \* เงื่อนไขการให้บริการเป็นที่ปรึกษาที่กำหนด
- ท่านควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง และเมื่อได้รับกรรมธรรม์ประกันภัยแล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนด และเงื่อนไขในกรรมธรรม์
  - ท่านสามารถยกเลิกกรรมธรรม์ภายใต้เงื่อนไขสิทธิในการขอยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Cancellation) ได้ โดยส่งคืนกรรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทฯ ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับการกรรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ โดยบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันที่เหลือหลังจากหักค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย
  - เพื่อประโยชน์สูงสุดของท่าน กรณีเปลี่ยนแปลงข้อมูล เช่น หมายเลขบัตรเครดิต เบอร์โทรศัพท์ หรือ email กรุณาแจ้งบริษัทฯ
  - โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อายูดยา (สำหรับลูกค้า) อย่างละเอียดโดย แสแกน QR Code 

**สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย**

รับทราบโดย \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_ เวลา : \_\_\_\_\_

(ผู้ขอเอาประกันภัย) : ( \_\_\_\_\_ ) โปรดเขียนตัวบรรจง

**สำหรับเจ้าหน้าที่เสนอขาย**

เจ้าหน้าที่เสนอขายกรรมธรรม์ / \_\_\_\_\_ เลขที่ใบอนุญาต : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_ เวลา : \_\_\_\_\_

นายหน้าประกันวินาศภัย : ( \_\_\_\_\_ ) โปรดเขียนตัวบรรจง