



10020027

หนังสือแสดงความจำนงขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพที่กำหนด จำนวน 2 กรมธรรม์ต่อผู้เอาประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันภัย/กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ข้าพเจ้า..... ในฐานะผู้เอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย มีความประสงค์ในการซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ..... ซึ่งข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ เฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส\* และ สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ มาย เฮลท์ พลัส หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก เอ็กซ์ตรา หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก อัลตรา หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก สบาย กระเป๋า หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก ดับเบิล แคร่ มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องการจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้ามีความตั้งใจที่จะซื้อความคุ้มครองของทั้งสองสัญญา และรับทราบว่าข้าพเจ้าจะสามารถเรียกกริ่งค่ารักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์อื่นๆ ได้ตามเงื่อนไขที่ระบุในสัญญาประกันภัย นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังเข้าใจผลประโยชน์ของสัญญาทั้งสองฉบับเป็นอย่างดีว่า สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ เฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส\* ให้ความคุ้มครองเฉพาะโรงพยาบาลในเครือบีดีเอ็มเอส และสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ มาย เฮลท์ พลัส หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก เอ็กซ์ตรา หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก อัลตรา หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก สบายกระเป๋า หรือสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก ดับเบิล แคร่ ให้ความคุ้มครองครอบคลุมโรงพยาบาลอื่นๆ รวมถึงโรงพยาบาลในเครือบีดีเอ็มเอสด้วย

ตัวอย่างตารางเปรียบเทียบผลประโยชน์หลัก

ผลประโยชน์หลัก	สุขภาพ ปลดล็อก สบายกระเป๋า	สุขภาพ ปลดล็อก ดับเบิล แคร่ (แผน 3)	สุขภาพ เฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส*
ขอบเขตการใช้บริการรักษาพยาบาล	ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย	ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย	เฉพาะ โรงพยาบาลและคลินิกในเครือบีดีเอ็มเอส
วงเงินความคุ้มครองต่อรอบปีกรมธรรม์	1 ล้านบาท	30 ล้านบาท	60 ล้านบาท สำหรับแผนแพลทินัม 120 ล้านบาท สำหรับแผนบียอนด์ แพลทินัม
ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) (บาทต่อวัน)	2,000 บาท	15,000 บาท	9,000 บาท สำหรับแผนแพลทินัม 20,000 บาท สำหรับแผนบียอนด์ แพลทินัม
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก**	สูงสุด 4,000 บาทต่อวัน (ไม่เกิน 30 ครั้ง ต่อปี)	สูงสุด 4,000 บาทต่อวัน (ไม่เกิน 30 ครั้ง ต่อปี)	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินคุ้มครองต่อรอบปีกรมธรรม์ (ไม่เกิน 30 ครั้ง ต่อปี)
เบี้ยประกันภัยรายปี (เพศหญิง อายุ 35 ปี)	37,560 บาท	80,338 บาท	73,850 บาท สำหรับแผนแพลทินัม 128,057 บาท สำหรับแผนบียอนด์ แพลทินัม

\* สุขภาพ เฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส เป็นชื่อทางการตลาด ชื่อของแบบประกันภัยที่ปรากฏในกรมธรรม์ คือ สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ เฟิร์สคลาส แผนบียอนด์ แพลทินัม และสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ เฟิร์สคลาส แผนแพลทินัม

\*\*กรณีซื้อความคุ้มครองเพิ่มสำหรับสุขภาพปลดล็อก ดับเบิล แคร่ หรือสุขภาพปลดล็อก สบายกระเป๋า และสุขภาพ เฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส แผนแพลทินัม

นอกจากนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า การที่ข้าพเจ้าซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพฉบับใหม่ เงื่อนไขและผลประโยชน์ รวมทั้งระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) ต้องเป็นไปตามที่ระบุในสัญญาเพิ่มเติมดังกล่าว อนึ่ง เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันความประสงค์ในการซื้อสัญญาเพิ่มเติมดังกล่าว ข้าพเจ้าจึงลงลายมือไว้เป็นสำคัญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)..... ตัวแทน

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

(.....)

บิดา / มารดา

ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย  
(กรณีผู้เอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)