

## ใบคำร้องขอปรับเปลี่ยนผลประโยชน์ความคุ้มครอง

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ : ..... ชื่อสมาชิก/ผู้เอาประกันภัย.....

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย  รายปี  รายเดือน ..... นามสกุล .....

แผนผลประโยชน์ปัจจุบัน : ..... ผลประโยชน์การรักษาแบบคนไข้นอก (OPD) :  มี  ไม่มี

ผลประโยชน์อื่นๆ เพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....

โทรศัพท์ : .....มือถือ ..... โทรสาร ..... E-mail: .....

แผนผลประโยชน์ใหม่ที่ต้องการ : ..... ผลประโยชน์การรักษาแบบคนไข้นอก (OPD):  มี  ไม่มี

ผลประโยชน์อื่นที่ต้องการความคุ้มครองเพิ่มเติม : .....  ผลประโยชน์ **ปรับขึ้น** (กรุณาตอบคำถามสุขภาพ 4 ข้อ)

\*วันที่เริ่มความคุ้มครองแผนผลประโยชน์ใหม่: .....  ผลประโยชน์ **ลดลง**

*\*แผนใหม่จะเริ่มให้ความคุ้มครองในอีก 30 วันข้างหน้าหลังจากที่ท่านกรอกเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์และผ่านกระบวนการพิจารณารับประกันภัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น*

### กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อ (ตอบคำถาม เฉพาะกรณีการปรับเปลี่ยนผลประโยชน์ เพิ่มขึ้น เท่านั้น)

1. ท่านกำลังมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือ โรคที่ต้องได้รับการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียด .....
2. ท่านต้องรับประทานยา หรือ ได้รับการรักษาชนิดใดอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียด .....
3. กรุณาระบุรายละเอียดโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ การพบแพทย์ การตรวจวินิจฉัย การรักษา หรือยาที่รับประทาน (ไม่ว่าตามคำสั่งแพทย์หรือไม่) ในระหว่าง 24 เดือนที่ผ่านมา .....
4. กรุณาระบุข้อมูลอย่างละเอียด หากท่านหรือผู้ได้รับความคุ้มครองในกรมธรรม์ฉบับเดียวกับท่าน
  - ก) กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาพยาบาล หรือ การสังเกตอาการ.....
  - ข) เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้เข้ารับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือเข้ารับการผ่าตัด หรือหัตถการใดๆ ที่ยังมีได้กระทำ.....
  - ค) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ยังมิได้แจ้งให้บริษัท เอ็ทนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) รับทราบ.....

**(ในกรณีที่ท่านต้องการพื้นที่ในการระบุรายละเอียดมากขึ้น ท่านสามารถระบุข้อมูลเพิ่มเติมในเอกสารของท่านแล้วแนบมาพร้อมกับใบคำร้องฉบับนี้)**

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากอ้อยแกลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัททอกลเลิกสัญญาได้นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็ทนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

### คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้เอาประกันภัยจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแกลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ โทร. 0-2547-4602-16

### โปรดทราบ :

1. **กรณีผลประโยชน์ ปรับขึ้น** :- สภาพใดๆ ที่เป็นมาตั้งแต่วันที่เริ่มได้รับความคุ้มครองครั้งแรก จนถึงวันที่ผลประโยชน์ใหม่เริ่มมีผลบังคับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองภายใต้แผนผลประโยชน์เดิมก่อนหน้า
2. **กรณีผลประโยชน์ ลดลง** :- สภาพใดๆ ที่เป็นมาตั้งแต่วันที่เริ่มได้รับความคุ้มครองภายใต้ผลประโยชน์เดิมก่อนหน้า ท่านจะได้รับความคุ้มครองภายใต้ผลประโยชน์ใหม่หรือตามผลประโยชน์ที่ลดลง แล้วแต่ความคุ้มครองใดจะน้อยกว่า

.....  
ลงนาม (ผู้เอาประกันภัย)

.....  
ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

.....  
วันที่กรอกใบสมัคร (วัน/เดือน/ปี)