

## แบบฟอร์มลงทะเบียน

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| ชื่อ :           | นามสกุล :       |
| วันเดือนปีเกิด : | สัญชาติ :       |
| เพศ :            | เบอร์โทรศัพท์ : |
| ส่วนสูง (ซม.) :  | น้ำหนัก (กก.) : |

อีเมล :

โรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วยในอดีตหรือปัจจุบัน การผ่าตัดในอดีต ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน :

### การชำระเงิน :

รายเดือน ☐ รายไตรมาส (4 ครั้ง/ปี) ☐ ราย 6 เดือน (2 ครั้ง/ปี) ☐ รายปี ☐

### วิธีการชำระเงิน :

บัตรเครดิต ☐ โอนเงินผ่านธนาคาร ☐

### กรณีชำระด้วยบัตรเครดิต :

Visa ☐ Mastercard ☐ American Express ☐

หมายเลขบัตร :

วันหมดอายุ (เดือน/ปี) :

ชื่อผู้ถือบัตร :

เลข 3 หลักด้านหลังบัตร :



## เลือกความคุ้มครอง

วันเริ่มต้นความคุ้มครอง :

### THAILAND PLAN

Thailand plan 1: 400,000 THB + ผู้ป่วยนอก(OPD) ☐

Thailand plan 2: 500,000 THB + ผู้ป่วยนอก(OPD) ☐

Thailand plan 3: 600,000 THB + ผู้ป่วยนอก(OPD) ☐

Thailand plan 4: 800,000 THB + ผู้ป่วยนอก(OPD) ☐

### LOCAL USD PLAN

Local USD PLAN 1: 20,000 USD ☐

Local USD PLAN 2: 80,000 USD ☐

ผู้ป่วยนอก(OPD) ☐

ความรับผิดชอบแรกสำหรับผู้ป่วยใน 0 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกสำหรับผู้ป่วยใน 500 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกสำหรับผู้ป่วยใน 1,000 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกสำหรับผู้ป่วยใน 2,000 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกสำหรับผู้ป่วยใน 5,000 USD ☐



## International Cover Plan

|                                                 |                                           |                                                |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Serenity 100,000 USD <input type="checkbox"/>   | ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> | ทันตกรรมและการรักษาตา <input type="checkbox"/> |
| Serenity 200,000 USD <input type="checkbox"/>   | ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> | ทันตกรรมและการรักษาตา <input type="checkbox"/> |
| Serenity 400,000 USD <input type="checkbox"/>   | ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> | ทันตกรรมและการรักษาตา <input type="checkbox"/> |
| Serenity 600,000 USD <input type="checkbox"/>   | ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> | ทันตกรรมและการรักษาตา <input type="checkbox"/> |
| Serenity 800,000 USD <input type="checkbox"/>   | ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> | ทันตกรรมและการรักษาตา <input type="checkbox"/> |
| Serenity 1,000,000 USD <input type="checkbox"/> | ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> | ทันตกรรมและการรักษาตา <input type="checkbox"/> |
| Elite 2,000,000 USD <input type="checkbox"/>    | ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> | ทันตกรรมและการรักษาตา <input type="checkbox"/> |

ความรับผิดชอบแรกผู้ป่วยใน 0 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกผู้ป่วยใน 500 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกผู้ป่วยใน 1,000 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกผู้ป่วยใน 2,000 USD ☐

ความรับผิดชอบแรกผู้ป่วยใน 5,000 USD ☐



## ความคุ้มครองเพิ่มเติม

การช่วยเหลือฉุกเฉิน การอพยพ และการส่งผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา ☐

ประกันชีวิตและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ☐

|                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ผลประโยชน์ต่อปี :                    | 10,000 USD <input type="checkbox"/>  | 20,000 USD <input type="checkbox"/> |
| 30,000 USD <input type="checkbox"/>  | 40,000 USD <input type="checkbox"/>  | 50,000 USD <input type="checkbox"/> |
| 100,000 USD <input type="checkbox"/> | 200,000 USD <input type="checkbox"/> |                                     |

ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพจากอุบัติเหตุ) ☐

|                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ผลประโยชน์ต่อปี :                    | 10,000 USD <input type="checkbox"/>  | 20,000 USD <input type="checkbox"/> |
| 30,000 USD <input type="checkbox"/>  | 40,000 USD <input type="checkbox"/>  | 50,000 USD <input type="checkbox"/> |
| 100,000 USD <input type="checkbox"/> | 200,000 USD <input type="checkbox"/> |                                     |

Module 5: ความรับผิดชอบบุคคลภายนอกและการคุ้มครองทางกฎหมาย ☐

Module 6: ประกันการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน (รวมถึงวิชาเซงกัน) ☐

|                  |                                         |
|------------------|-----------------------------------------|
| จุดหมายปลายทาง : | ระยะเวลาการพำนักรักษา (สูงสุด 90 วัน) : |
|------------------|-----------------------------------------|

Module 7: การให้ความช่วยเหลือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน และการส่งตัวกลับประเทศ ☐

## คำรับรอง

|                           |                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| วันที่เริ่มความคุ้มครอง : | ข้าพเจ้าได้อ่านและยอมรับเงื่อนไขทั่วไปแล้ว <input type="checkbox"/> |
| ทำที่ :                   | วันที่ :                                                            |

ลายมือชื่อ : ความคุ้มครองตลอดชีพ ☐

---