

บริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ชั้น 9 อาคารทิวทัศน์ คอนโด 38 ถนนคอนเวนตส์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำร้องขอปรับแผนผลประโยชน์คุ้มครอง

หมายเลขกรมธรรม์ :	ชื่อ-สกุล สมาชิก :
แผนผลประโยชน์ปัจจุบัน :	คุ้มครองผลประโยชน์คนไข้นอก : <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :	
โทรศัพท์ :	โทรสาร : <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Home อีเมลล์ :
แผนผลประโยชน์ใหม่ที่ต้องการ :	คุ้มครองผลประโยชน์คนไข้นอก : <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผลประโยชน์อื่นที่ต้องการคุ้มครองเพิ่มเติม :	
วันที่มีผลบังคับสำหรับแผนผลประโยชน์ใหม่ :	
หมายเหตุ :	

1. ท่านกำลังมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือ โรคที่ต้องรับการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียด.....
2. ท่านต้องรับประทานยา หรือได้รับการรักษานิดใดอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียด.....
3. กรุณาระบุรายละเอียดโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ การพบแพทย์ การตรวจวินิจฉัย การรักษา หรือยาที่รับประทาน (ไม่ว่าตามคำสั่งแพทย์หรือไม่) ในระหว่าง 24 เดือนที่ผ่านมา.....
4. กรุณาระบุข้อมูลโดยละเอียด หากท่านหรือผู้ได้รับความคุ้มครอง ในกรมธรรม์ฉบับเดียวกับท่าน : ก) กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาพยาบาล หรือ การสังเกตอาการ..... ข) เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้เข้ารับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือเข้ารับการผ่าตัด หรือหัตถการใดๆ ที่ยังมีได้กระทำ..... ค) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ยังมิได้แจ้งให้บมจ. บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) รับทราบ..... (ในกรณีที่ท่านต้องการพื้นที่ในการระบายละเอียดมากขึ้น กรุณาระบุลงในเอกสารของท่านและแนบมาด้วย)

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากอ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บมจ. บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแสดงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีปัญหาคือ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ โทร. 0-2547-4602-16

ลงนาม (ผู้เอาประกันภัย) _____ วันที่ _____

โปรดทราบ: สภาพใดๆ ที่เป็นมาตั้งแต่วันที่เริ่มได้รับความคุ้มครองครั้งแรกจนถึงวันก่อนที่ผลประโยชน์ใหม่จะมีผลบังคับจะได้รับความสะดวกสบายภายใต้ผลประโยชน์เดิม