



10020020

หนังสือแสดงความจำนงขอซื้อความคุ้มครองสุขภาพเฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส* และขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ มาย เฮลท์ พลัส หรือ สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก เอ็กซ์ตรา

ข้าพเจ้า.....ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีในเรื่อง ความคล้ายคลึงกันสำหรับการจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล ของความคุ้มครองสุขภาพเฟิร์ส คลาส @บีดีเอ็มเอส* และ ความคุ้มครองสุขภาพตามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ มาย เฮลท์ พลัส หรือ สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก เอ็กซ์ตรา ที่ข้าพเจ้ามีความคุ้มครองในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ข้าพเจ้ามีความคุ้มครองเกินความจำเป็นได้

ตัวอย่างตารางเปรียบเทียบผลประโยชน์หลักๆ

ผลประโยชน์หลัก	สุขภาพ ปลดล็อก เอ็กซ์ตรา (แผน 5)	สุขภาพเฟิร์ส คลาส @ บีดีเอ็มเอส
ขอบเขตการใช้บริการ รักษาพยาบาล	ใช้บริการได้ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย	เฉพาะ โรงพยาบาลและคลินิกในเครือ บีดีเอ็มเอส
วงเงินความคุ้มครอง ต่อรอบปีกรมธรรม์	10 ล้านบาท	80 ล้านบาท สำหรับแผนแพลทินัม 100 ล้านบาท สำหรับแผนบียอนด์ แพลทินัม
ค่าห้องต่อวันในฐานะ ผู้ป่วยใน (บาทต่อวัน)	15,000	12,000 สำหรับแผนแพลทินัม 18,000 สำหรับแผนบียอนด์ แพลทินัม
ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก*	สูงสุด 4,000 บาทต่อวัน (ไม่เกิน 30 ครั้ง ต่อปี)	จ่ายตามจริง ไม่เกินวงเงินคุ้มครองต่อปี (ไม่เกิน 30 ครั้ง ต่อปี)
เบี้ยประกันภัย (เพศหญิง อายุ 35 ปี)	84,296	79,525 สำหรับแผนแพลทินัม 109,450 สำหรับแผนบียอนด์ แพลทินัม

*กรณีซื้อเพิ่มสำหรับสุขภาพปลดล็อก เอ็กซ์ตรา, สุขภาพเฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส แผนแพลทินัม

เพื่อเป็นการปกป้องผลประโยชน์ของข้าพเจ้า ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันภัยเกินความจำเป็น ข้าพเจ้า ขอให้บริษัทฯ ดำเนินการยกเลิกสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ มาย เฮลท์ พลัส หรือ สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก เอ็กซ์ตรา พร้อมด้วยบันทึกสลักหลังแนบท้ายสัญญาเพิ่มเติมฯ ดังกล่าว(ถ้ามี) ตั้งแต่วันครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย งวดถัดจากวันเริ่มมีผลคุ้มครองของสัญญาสุขภาพเฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส* แต่หากข้าพเจ้าไม่ได้รับประกันจากบริษัทฯ สำหรับสัญญาสุขภาพ เฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส* ด้วยเงื่อนไขใดๆ ก็ตามของบริษัทฯ ข้าพเจ้าขอรับความคุ้มครองสุขภาพตามสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ มาย เฮลท์ พลัส หรือ สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองสุขภาพ ปลดล็อก เอ็กซ์ตรา พร้อมด้วยบันทึกสลักหลังแนบท้ายสัญญาเพิ่มเติมฯ (ถ้ามี) เดิมต่อไป และเพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ และเข้าใจดีว่าสัญญาสุขภาพ เฟิร์สคลาส @บีดีเอ็มเอส* มีระยะเวลาที่ไม่คุ้มครองตามเงื่อนไขของผลิตภัณฑ์

(ลงชื่อ).....ตัวแทน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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