



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เบอร์โทรศัพท์ +6621937000 ต่อ 18404, 18421 (เวลาราชการ)

อีเมล: [medicalhub.hss64@gmail.com](mailto:medicalhub.hss64@gmail.com) เว็บไซต์: [www.hss.moph.go.th](http://www.hss.moph.go.th)

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....

ระยะเวลาประกันภัย  
...../...../..... ถึง ...../...../..... เวลา..... น.

**หลักฐานแสดงการประกันภัย**

สำหรับชาวต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะ 1 ปี)

ชื่อกรมธรรม์ประกันภัย.....

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....

สัญชาติ.....เพศ..... อายุ.....ปี หนังสือเดินทางเลขที่..... ได้ทำ  
ประกันภัยสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคน  
อยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะ 1 ปี) โดยมีประกันภัยสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล และ  
การประกันภัยที่ครอบคลุมการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีอาณาเขตความคุ้มครองรวมถึง  
ประเทศไทย โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวม.....บาทต่อปี (รายละเอียดผลประโยชน์  
ให้อ้างอิงจากตารางผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัย)

โดยมีระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่..... เวลา.....น.  
ตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....ของบริษัท.....

หมายเหตุ: กรมธรรม์ประกันภัยนี้ เป็นกรมธรรม์ประกันภัยที่รับประกันภัยโดยบริษัทประกันภัยในประเทศไทย  
หรือสาขาประเทศไทย

.....  
( ) ( ) ( )  
กรรมการ – Director                      กรรมการ – Director                      ผู้รับมอบอำนาจ - Authorized Signature

...../...../.....

วัน เดือน ปี ที่ออกเอกสาร

ที่อยู่ / เบอร์ติดต่อ / เว็บไซต์ ของบริษัทประกันภัยและสมาคมประกันวินาศภัยไทย



Department of Health Service Support, Ministry of Public Health of Thailand

Tel +6621937000 Ext. 18404, 18421 (Office Hours)

E-mail: medicalhub.hss64@gmail.com website: www.hss.moph.go.th

Insurance Policy No. ....

Period of Insurance

...../...../..... to ...../...../..... Time.....

**Foreign Insurance Certificate**

**for Alien to apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period 1 Year)**

**Insurance Policy Title.....**

This insurance certificate is issued to certify that Name.....Surname.....  
Nationality.....Gender.....Age.....Years Passport No. .... ; the insured person is  
insured by health insurance in accordance with the law and regulations for foreigners who apply for the Non-Immigrant  
Visa Type O-A (period 1 year). The coverage territory of this health insurance includes Thailand. This health insurance  
also covers Covid-19 disease with the total sum insured of THB.....per policy year. (Subject to  
the benefits detailed in the schedule of the insurance policy)

The period of insurance begins from D/M/Y..... at .....hours until  
D/M/Y.....at.....hours as stipulated on the Insurance Policy No.....  
of the Company.....

Remarks:

The policy is issued by the insurance company in Thailand or a branch of foreign insurer established in Thailand.

.....  
( ) ( ) ( )  
Director Director Authorized Signature

Insurance Company Address .....

.....

Telephone Number .....

Contact Person.....

E-mail.....

Website of the Insurance Company .....

.....