



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เบอร์โทรศัพท์ +6621937000 ต่อ 18404, 18421 (เวลาราชการ)

อีเมล: medicalhub.hss64@gmail.com เว็บไซต์: 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..... ได้ทำประกันภัยสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะ 1 ปี) โดยมีประกันภัยสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลและการประกันภัยที่ครอบคลุมการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีอาณาเขตความคุ้มครองรวมถึงประเทศไทย โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวม.....บาทต่อปี (รายละเอียดผลประโยชน์ให้อ้างอิงจากตารางผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัย)

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

หมายเหตุ: กรมธรรม์ประกันภัยนี้ เป็นกรมธรรม์ประกันภัยที่รับประกันภัยโดยบริษัทประกันภัยในประเทศไทย หรือสาขาประเทศไทย

() () ()
กรมการ - Director กรมการ - Director ผู้รับมอบอำนาจ - Authorized Signature

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

วัน เดือน ปี ที่ออกเอกสาร

ที่อยู่ / เบอร์ติดต่อ / เว็บไซต์ ของบริษัทประกันภัยและสมาคมประกันวินาศภัยไทย