

- วันที่ต้องการให้กรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง.....ถึงวันที่.....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่.....ได้รับเมื่อวันที่/เดือน/ปี.....
- ชื่อผู้เอาประกันภัย.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....
- ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
- รายชื่อคลินิกหรือโรงพยาบาลที่ปฏิบัติการ
4.1.....
4.2.....
- ประวัติการศึกษา
สถานศึกษา.....วุฒิที่ได้รับ.....
สถานศึกษา.....วุฒิที่ได้รับ.....
- ท่านเป็นสมาชิกของสมาคมการแพทย์ใด.....
- คุณาระบุความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ของท่าน
() อายุรแพทย์ () กุมารแพทย์ () วิสัญญีแพทย์ () รังสีแพทย์
() ศัลยแพทย์ () แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ () ทันตแพทย์ () อื่นๆ
- ขณะที่ท่านกรอกใบคำขอนี้ ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยนี้กับบริษัทอื่นหรือไม่ () ไม่มี () มี โปรดระบุ
- ท่านเคยถูกเรียกค่าสินไหมหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าอาจเกิดกรณีเรียกร้องในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาหรือไม่
() ไม่เคย () เคย หากเคยโปรดระบุรายละเอียด.....
สาเหตุ.....
วันที่เกิดเหตุ.....ค่าสินไหมที่ถูกร้องเรียน.....
- สถานการณ์เรียกร้อง () สิ้นสุดคดีแล้ว () กำลังดำเนินคดีอยู่
- แผนความคุ้มครองที่เลือก (ระบุเป็น 1A, 1B, 1C, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B, 3C)

สาขาวิชาชีพแพทย์	เบี้ยประกันรวมภาษีและอากร (บาท)		
	คุ้มครองการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลทั่วประเทศ รวมคลินิกส่วนตัว (ยกเว้นวิสัญญีแพทย์คุ้มครองการปฏิบัติภายใต้โรงพยาบาลเท่านั้น)		
	1,000,000 บาทต่อครั้งและ 2,000,000 บาทตลอด ระยะเวลาเอาประกันภัย	2,000,000 บาทต่อครั้งและ 4,000,000 บาทตลอด ระยะเวลาเอาประกันภัย	3,000,000 บาทต่อครั้งและ 6,000,000 บาทตลอด ระยะเวลาเอาประกันภัย
	ไม่มีค่ารับคดีส่วนแรก		
อายุรแพทย์ จิตแพทย์ พยาธิแพทย์ ทันตแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ฝังเข็ม รังสีแพทย์(ที่ไม่มีหัตถการ) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชศาสตร์ป้องกัน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	6,900.00 (1A)	9,600.00 (1B)	12,400.00 (1C)
จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ หู คอ จมูก รังสีแพทย์(ที่มีหัตถการ) แพทย์ทางโลหิตวิทยา แพทย์ทางมะเร็ง วิทยา แพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ที่มีหัตถการ แพทย์ออร์โธปิดิกส์	9,500.00 (2A)	14,200.00 (2B)	22,000.00 (2C)
สูตินรีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก	12,400.00 (3A)	20,600.00 (3B)	29,500.00 (3C)

เงื่อนไขการประกันภัย :

- แพทย์จะต้องมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ที่ถูกต้องตามกฎหมายของแพทยสภาและไม่เคยถูกเพิกถอน
- รบกวานแนบ 1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย 2. สำเนาใบอนุญาต แพทยสภา 3.สำเนาน้ำคำตารางกรมธรรม์เดิม (ถ้ามี)

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ลงวันที่/...../.....