

***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......................................................ได้ทำประกันภัยสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคน อยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะ 1 ปี) โดยมีประกันภัยสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล และการประกันภัยที่ครอบคลุมการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีอาณาเขตความคุ้มครองรวมถึงประเทศไทย 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**