



กองทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี
โทร. 02-849-6391,6280,6287 โทรสาร 02-8496287

ที่ อว 78.013/ 01389

วันที่ 24 มี.ค. 2563

เรื่อง ขอความร่วมมือดำเนินการเกี่ยวกับการทำประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับบุคลากร

เรียน หัวหน้าส่วนงาน/ผู้อำนวยการกอง/ศูนย์ในสังกัดสำนักงานอธิการบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้ายานพาหนะไทยพาณิชย์ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))
 2. แบบแจ้งรายชื่อบุคลากรเพื่อจัดทำประกันโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับบุคลากร
 3. ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้ายานพาหนะไทยพาณิชย์ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยมหิดล คราวประชุมครั้งที่ 8/2563 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 และมติที่ประชุมคณะกรรมการประจำมหาวิทยาลัย วาระพิเศษ เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 ได้อนุมัติให้มีการทำประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่บุคลากรและนักศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งมีแนวโน้มการแพร่กระจายที่เพิ่มมากขึ้น โดยการทำประกันดังกล่าวจะดำเนินการกับธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ซึ่งร่วมกับ บมจ.เทเวศประกันภัย โดยมีค่าเบี้ยประกันในอัตราคนละ 220 บาท (สองร้อยยี่สิบบาทถ้วน) และมีความคุ้มครองตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 กรณีส่วนงานใดได้ดำเนินการจัดทำประกันดังกล่าวให้แก่บุคลากรในสังกัดไปแล้ว มหาวิทยาลัยจะสนับสนุนค่าเบี้ยประกันให้ในอัตราคนละ 220 บาท (สองร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ตามจำนวนบุคลากรที่ส่วนงานทำประกันเรื่องนี้ไปแล้ว รายละเอียดดังทราบ นั้น

ในการนี้เพื่อให้การดำเนินการจัดทำประกันดังกล่าวในส่วนของบุคลากรเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความร่วมมือดำเนินการดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล/คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี/คณะทันตแพทยศาสตร์/คณะเทคนิคการแพทย์/สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว/คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ไม่ต้องดำเนินการ เนื่องจากดำเนินการไปแล้ว)

1.แจ้งบุคลากรในสังกัดให้ทราบว่ามหาวิทยาลัยจะดำเนินการทำประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) เพื่อเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพแก่บุคลากรในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งในการทำสัญญาหรือข้อตกลงการทำประกันภัยดังกล่าวมหาวิทยาลัยมีความจำเป็นต้องส่งข้อมูลของบุคลากร อันประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล หมายเลขบัตรประชาชน หมายเลข Passport (กรณีชาวต่างชาติ) วันเดือนปีเกิด E-mail เพื่อให้ธนาคารฯ ตรวจสอบประกอบการทำประกันภัยฯ และแจ้งผลกรมธรรม์มาให้บุคลากรทราบรายบุคคล

ทั้งนี้กรณีบุคลากรรายใดที่เคยทำประกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) กับธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ซึ่งร่วมกับบมจ.เทเวศประกันภัยไว้แล้ว (ทำส่วนตัว) จะไม่สามารถทำซ้ำได้ โดยมหาวิทยาลัยจะสนับสนุนเงินค่าเบี้ยประกันให้อัตราคนละ 220 บาท (สองร้อยยี่สิบบาทถ้วน) และรวมถึงกรณีบุคลากรผู้พิการก็จะไม่สามารถทำประกันดังกล่าวได้เช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขของธนาคารฯ และบมจ.เทเวศประกันภัย (ส่วนงานรวบรวมเสนอขอเบิกมหาวิทยาลัยตามเกณฑ์ที่กำหนดในภายหลัง)

2.ขอความร่วมมือให้บุคลากรในสังกัด กรอก“ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้ำธนาคารไทยพาณิชย์ฯกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))” ตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับซึ่งเขียนข้อความกำกับว่า “ใช้ประกอบขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้ำธนาคารไทยพาณิชย์ฯ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19)) พร้อมลงลายมือชื่อกำกับ” *ดูตัวอย่างการกรอกประกอบ

3.หลังจากส่วนงานได้รับเอกสารตามข้อ 2 จากบุคลากรแล้ว ขอความร่วมมือดำเนินการดังนี้

3.1) Scan เอกสารของบุคลากรรายบุคคลในรูปแบบไฟล์ PDF (บุคลากร 1 คนใช้ 1 ไฟล์ และตั้งชื่อไฟล์ตามชื่อ-นามสกุลของบุคลากรผู้นั้น) พร้อมจัดเอกสารใส่แฟ้มเรียงลำดับตามตัวอักษรชื่อ-นามสกุล

3.2) กรอกข้อมูลลงแบบแจ้งรายชื่อบุคลากรเพื่อจัดทำประกันโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับบุคลากรรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2 (ไฟล์ Excel เท่านั้น)

3.3) ส่งไฟล์ ตามข้อ 3.1) และ 3.2) ไปยัง คุณ ฝนทิพย์ โพธิวิรัตน์ นนท์ ทาง E-mail : fontip.pot@mahidol.ac.th หรือคุณกานติมา สวนโคกกรวด E-mail : kantima.sua@mahidol.ac.th **ภายในวันที่ 27 มีนาคม 2563 ก่อนเวลา 12.00 น.** เพื่อนำส่งธนาคารฯและชำระค่าเบี้ยประกันต่อไป (หากส่งข้อมูลทางอีเมลไม่หมดโปรดส่งเป็น Flash Drive)

ทั้งนี้เอกสารฉบับจริงตาม 3.1) ขอให้นำส่งกองทรัพยากรบุคคล **ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2563** ซึ่งธนาคารฯ และบมจ.เทเวศประกันภัย จะมารับไปดำเนินการต่อไป

4.กรณีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งได้ดำเนินการจัดทำประกันภัยที่เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19)) ให้แก่บุคลากรในสังกัดไปแล้ว ให้ดำเนินการขออนุมัติเบิกเงินจ่ายค่าเบี้ยประกันฯในอัตรา 220 บาท/คน พร้อมแนบเอกสารอันประกอบด้วย หลักฐานการจ่ายเงินค่าเบี้ยประกัน กรมธรรม์ประกันภัยและบัญชีรายชื่อบุคลากรที่ทำประกัน โดยเสนอไปอธิการบดี (ผ่านผู้อำนวยการกองคลัง) ได้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 เป็นต้นไป (ข้อมูลบุคลากรและจำนวนบุคลากรที่ส่วนงานทำประกันภัยฯ ใช้ข้อมูลตามที่ปรากฏในระบบ ERP ณ วันที่ 31 มีนาคม 2563)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดให้ความร่วมมือดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อานันท์ สุภัทรพันธุ์)

รักษาการแทนรองอธิการบดี

ปฏิบัติหน้าที่แทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้าธนาคารไทยพาณิชย์
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))
วันที่ส่งชื่อ.....

1. ข้อมูลลูกค้า : ประเภทลูกค้า เงินฝาก/กองทุน บัตรเครดิต สินเชื่อ อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
วัน/เดือน/ปี (พ.ศ) เกิด...../...../..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ในการส่งกรมธรรม์
เลขที่ห้อง หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... E-mail.....
เบอร์โทรศัพท์(ติดต่อได้)..... **เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

2. ชื่อผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มวันที่...../...../63 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่/...../64 เวลา 16.30 น.

4. แผนความคุ้มครอง : โปรด "/" เลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ

ความคุ้มครอง	COVID-19 : 220 MU
รับเงินก่อนเมื่อตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))** ระยะเวลารอดคอย (Waiting Period) 14 วัน	50,000
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุ รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (ไม่คุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) ต่อปี	10,000
ค่าเบี้ยประกันภัยรายปี (รวมภาษีและอากร)	220

**กรณีที่มีการติดเชื้อผู้เอาประกันภัย และ/หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจะต้องแสดงหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ที่ลงความเห็นว่าเป็นผู้ที่ติดเชื้อสาเหตุหลักมาจากติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยการวินิจฉัยต้องเกิดในอาณาเขตประเทศไทยโดยแพทย์เท่านั้น

5. การแถลงข้อเท็จจริง

ในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางไปหรือกลับจากประเทศจีน (รวมไต้หวัน ฮองกง มาเก๊า ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน สเปน รวมถึงประเทศอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศเพิ่มเติมให้เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) หรือไม่ ไม่ ใช่ (โปรดให้รายละเอียด)

เมือง..... ประเทศ..... วันที่เดินทางไป..... วันที่เดินทางกลับ.....

- ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) ที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกกล่าว สัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
- บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท
- ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้าธนาคารไทยพาณิชย์ (ต่อ)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))

6. สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ไม่มีความประสงค์
- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี

เดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หมายเหตุ

1. ภายใต้ผู้เอาประกันภัยรายเดียวกัน จำกัดการซื้อกรมธรรม์ได้เพียง 1 ฉบับเท่านั้น รวมทั้งช่องทางและทุกโครงการที่ทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) ผ่าน บมจ. เทเวศประกันภัย กรณีตรวจพบการทำประกันภัยมากกว่า 1 ฉบับ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกกรมธรรม์ที่มีการแจ้งทำประกันภัยตั้งแต่ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป โดยมีการคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน
2. บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการบอกกล่าว สัญญาประกันภัยหากตรวจพบในภายหลังพบว่าในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมา ผู้เอาประกันภัยได้เดินทางไปหรือกลับจากประเทศจีน (รวมไต้หวัน ฮองกง มาเก๊า) ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน สเปน รวมถึงประเทศอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศเพิ่มเติมให้เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))
3. **กรมธรรม์กำหนดระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 14 วัน** นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับใช้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดและเงื่อนไขความคุ้มครองก่อนตัดสินใจซื้อประกันภัย

รับประกันภัยโดย บมจ.เทเวศประกันภัย ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทร.1291 ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) เป็นนายหน้าประกันวินาศภัย ธนาคารจะให้บริการภายใต้ขอบเขตอำนาจหน้าที่ในฐานะนายหน้าเท่านั้น

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ใบอนุญาตเลขที่ ว00005/2546

ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อเป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)
วันที่ทำประกันภัย..... / / 63

เอกสารประกอบการสมัคร สำเนาบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง Slip Pay Inชำระด้วย เงินสด บัตรเครดิต

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ชื่อพนักงาน รังนก นามสกุล..... เจริญศรีสตราชักษ์
รหัสพนักงาน..... S22833 รหัสทีม/สาขา..... 6869
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... 089-8129018 วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.) ที่ทำรายการ / / 63

บัตรนายหน้าประกันภัยวินาศภัย ชื่อพนักงาน รังนก นามสกุล..... เจริญศรีสตราชักษ์
รหัสพนักงาน..... S22833 รหัสทีม/สาขา..... 6869 ใบอนุญาตเลขที่..... 5504013785
วันที่บัตรหมดอายุ..... 19/07/63 วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.) ที่ทำรายการ / / 63

สำหรับพนักงานธนาคารในการทำรายการชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่าน Bill Payment for First Premium ของลูกค้าที่ประสงค์สมัครประกัน Covid-19

เงินสด
Acc.No. 003-3-09196-5 Acc. Name บมจ.เทเวศประกันภัย
Ref.No. 1 : เลขบัตรประชาชน 13 หลัก
Ref.No. 2 : Product Code (86) + OC Code 4 หลัก + SCB ID 5 หลัก

บัตรเครดิต - เดิมจำนวน
Acc.No. 003-3-10741-5 Acc. Name บมจ.เทเวศประกันภัย
Ref.No. 1 : Product Code (86) +OC Code 4 หลัก + SCB ID 5 หลัก
Ref.No. 2 : เลขบัตรเครดิต 16 หลัก

วิธีการชำระค่าเบี้ยผ่าน SCB Easy
Acc.No. 003-3-10741-5 Acc. Name บมจ.เทเวศประกันภัย
Ref.No. 1 : เลขบัตรประชาชน 13 หลัก กรณีเป็นนิติบุคคลระบุเลขที่นิติบุคคล/บริษัท
Ref.No. 2 : Product Code (86) + OC Code 4 หลัก + SCB ID 5 หลัก



เอกสารสำหรับลูกค้า

การประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

การรับประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัยมีอายุตั้งแต่ 1 - 99 ปี (รวมต่ออายุแล้ว / อายุคำนวณโดยในปี พ.ศ. ปัจจุบัน ลบ ปี พ.ศ. เกิด)
2. สำหรับชาวต่างชาติที่ต้องการสมัครทำประกันภัยต้องเป็นผู้ที่พำนักอยู่ในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน (นับจากรวันที่กรอกใบสมัครย้อนหลังไป 6 เดือน) และมี Work Permit/Visa ไม่ต่ำกว่า 1 ปีขึ้นไป หรือหนังสือวีซ่าระยะยาว Long Stay Visa
3. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องเป็นผู้ที่มีประวัติสุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่พิการ ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ HIV, โรคเมเร็งทุกระยะ และผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคเมเร็งและรักษาหายเรียบร้อยแล้ว, โรค SLE และผู้ป่วยติดเชื้อ
4. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยตามที่บริษัทกำหนด รวมถึงได้มีการชำระเงินค่าเบี้ยเข้าบัญชีบริษัทแล้วเท่านั้น ความคุ้มครองตามกฎหมายนี้มีผลบังคับ
5. ไม่รับประกันภัยผู้ที่ติดเชื้อมาก่อนการทำประกันภัย หรือถูกสงสัยว่าติดเชื้อ COVID-19 (ถูกสงสัยว่าติดเชื้อ หมายถึง การที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับการตรวจสอบ และ/หรือตรวจสุขภาพมาแล้วโดยแพทย์ และถูกกักตัวไว้เพื่อดูอาการ และหรือเพื่อการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยในเวลาต่อมา)
6. ความคุ้มครองประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
 - เริ่มคุ้มครองเวลา 16.30 น. ของวันที่ชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ถ้าซื้อหลัง 16.30 น. คุ้มครองเวลา 16.30 น.) และสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 16.30 น. ในวันเดียวกันของปีถัดไป
7. **ภายใต้ผู้เอาประกันภัยรายเดียวกัน จำกัดการซื้อกรมธรรม์ได้เพียง 1 ฉบับเท่านั้น** รวมทั้งช่องทางและทุกโครงการที่ทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ผ่านบมจ.เทเวศประกันภัย กรณีตรวจพบการทำประกันภัยมากกว่า 1 ฉบับ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกกรมธรรม์ที่มีการแจ้งทำประกันภัยตั้งแต่วันที่ 2 เป็นต้นไป โดยมีการคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน
8. ผลประโยชน์และความคุ้มครองของกรมธรรม์ให้เป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยประกันภัยสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))
9. กรมธรรม์กำหนดระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 14 วัน นับจากรวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับใช้
10. ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) "การไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ เป็นเหตุให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865"

แผนความคุ้มครอง (Coverage Plan)

แผน B – COVID-19 Plus

ความคุ้มครองและเบี้ยประกันภัย

หน่วย : บาท

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย
	COVID-19 : 220 MU
รับเงินก่อนเมื่อตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))** มีระยะเวลารอคอย (Waiting Period) 14 วัน	50,000
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุ รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (ไม่คุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) ต่อปี	10,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับ 1 ปี (รวมภาษีและอากร)	220

**กรณีที่มีการติดเชื้อผู้เอาประกันภัย และ/หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจะต้องแสดงหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ที่ลงความเห็นว่าเป็นผู้ติดเชื้อสาเหตุหลักมาจากติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยการวินิจฉัยต้องเกิดในอาณาเขตประเทศไทยโดยแพทย์เท่านั้น

ข้อยกเว้นที่สำคัญ กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครอง

1. ผู้ที่ติดเชื้อหรือเป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ "โรคติดเชื้อไวรัส COVID-19" รวมถึงภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอยู่ก่อนการเอาประกันภัยและยังมิได้รับการรักษาให้หายขาด ทั้งนี้ รวมถึงผู้ที่เคยติดเชื้อและได้รับการรักษามาแล้ว
2. สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition)
3. ผู้ที่เดินทางไปยังประเทศหรือเขตบริหารพิเศษหรือเมืองที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโดย
 - เดินทางก่อนการทำประกันภัยเป็นระยะเวลา 14 วัน (ระยะเวลานี้อาจมีการเปลี่ยนแปลง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดของโรค) ทั้งนี้หากพบที่มีการแถลงในใบคำขอ จะไม่รับประกันภัย
 ทั้งนี้ รายชื่อประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศพื้นที่เสี่ยงต่อ COVID-19 ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน (รวมถึงฮ่องกง, มาเก๊า, ไต้หวัน), สิงคโปร์, ญี่ปุ่น, เกาหลีใต้, อิตาลี, อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน สเปน (ข้อมูล ณ วันที่ 13 มีนาคม 2563) และรวมถึงประเทศอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขจะมีการประกาศเพิ่มเติมให้เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อ COVID-19
4. การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) ต้องเกิดในอาณาเขตประเทศไทย โดยแพทย์เท่านั้น
5. ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายในการตรวจหาการติดเชื้อ หรือการตรวจคัดกรองโรค

รายชื่อบุคลากรเพื่อจัดทำประกันโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับบุคลากร

ชื่อส่วนงาน

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล	ชื่อส่วนงาน	เลขที่บัตรประชาชน	เลขที่ Passport (กรณีชาวต่างชาติที่นับเดือนปีเกิด ปี พ.ศ.)	e-mail	ทุนประกันภัย	PA	Package	ค่าเบี้ย
1							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
2							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
3							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
4							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
5							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
6							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
7							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
8							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
9							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
10							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
11							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
12							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
13							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
14							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
15							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
16							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
17							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
18							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
19							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
20							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
21							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
22							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
23							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
24							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
25							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
26							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
27							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
28							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
29							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
30							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220
31							50,000	10,000	COVID-19 : UNIZ20	220

ตัวอย่างการกรอกใบคำขอเอาประกันภัย



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้าธนาคารไทยพาณิชย์
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))
 วันที่สั่งซื้อ.....

1. ข้อมูลลูกค้า : ประเภทลูกค้า เงินฝาก/กองทุน บัตรเครดิต สินเชื่อ อื่น ๆ (ระบุ).....

★ **ชื่อ.....นาย เทเวศ..... นามสกุล.....ประกันภัย.....**
วัน/เดือน/ปี (พ.ศ) เกิด...01.../...01.../...2515.... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....31002456XXXX.....
ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ในการส่งกรมธรรม์
 เลขที่ ...97.....ห้องหมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ราชดำเนินกลาง.....
 แขวง/ตำบล.....บวรนิเวศ.....เขต/อำเภอ.....พระนคร.....
 จังหวัด.....กรุงเทพฯ.....รหัสไปรษณีย์...10200..... E-mail.....
 เบอร์โทรศัพท์(ติดต่อได้).....★**เบอร์โทรศัพท์มือถือ....081739XXXX.....

2. ชื่อผู้รับประโยชน์.....ทายาทตามกฎหมาย.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มวันที่..... เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่เวลา 16.30 น.

4. แผนความคุ้มครอง : โปรด “/” เลือกแผนความคุ้มครองที่ต้องการ

ความคุ้มครอง	COVID-19 : 220 MU
รับเงินก่อนเมื่อตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))** มีระยะเวลารอดคอย (Waiting Period) 14 วัน	50,000
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุ รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (ไม่คุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) ต่อปี	10,000
ค่าเบี้ยประกันภัยรายปี (รวมภาษีและอากร)	220

**กรณีที่มีการติดเชื้อผู้เอาประกันภัย และ/หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจะต้องแสดงหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ที่ลงความเห็นว่าเป็นผู้ที่ติดเชื้อสาเหตุหลักมาจากติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยการวินิจฉัยต้องเกิดในอาณาเขตประเทศไทยโดยแพทย์เท่านั้น

★ **5. การแถลงข้อเท็จจริง**
 ในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางไปหรือกลับจากประเทศจีน (รวมไต้หวัน ฮองกง มาเก๊า ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน สเปน รวมถึงประเทศอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศเพิ่มเติมให้เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) หรือไม่ ไม่ ใช่ (โปรดให้รายละเอียด)
 เมือง..... ประเทศ..... วันที่เดินทางไป..... วันที่เดินทางกลับ.....

- ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) ที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกกล่าว สัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
- บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท
- ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกค้าธนาคารไทยพาณิชย์ (ต่อ)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))

6. สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ไม่มีความประสงค์

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี

เดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะส่งผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หมายเหตุ

1. ภายใต้ผู้เอาประกันภัยรายเดียวกัน จำกัดการซื้อกรมธรรม์ได้เพียง 1 ฉบับเท่านั้น รวมทุกช่องทางและทุกโครงการที่ทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) ผ่าน บมจ. เทเวศประกันภัย กรณีตรวจพบการทำประกันภัยมากกว่า 1 ฉบับ บริษัทขอสงวนสิทธิในการยกเลิกกรมธรรม์ที่มีการแจ้งทำประกันภัยตั้งแต่วันที่ 2 เป็นต้นไป โดยมีการคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน
2. บริษัทขอสงวนสิทธิในการบอกล้าง สัญญาประกันภัยหากตรวจพบในภายหลังพบว่าในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมา ผู้เอาประกันภัยได้เดินทางไปหรือกลับจากประเทศจีน (รวมไต้หวัน ฮองกง มาเก๊า) ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน สเปน รวมถึงประเทศอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศเพิ่มเติมให้เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))
3. กรมธรรม์กำหนดระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 14 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับใช้
4. ผู้ขอเอาประกันควรศึกษารายละเอียดและเงื่อนไขความคุ้มครองก่อนตัดสินใจซื้อประกันภัย

รับประกันภัยโดย บมจ.เทเวศประกันภัย ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทร.1291 ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) เป็นนายหน้าประกันวินาศภัย ธนาคารจะให้บริการภายใต้ขอบเขตอำนาจหน้าที่ในฐานะนายหน้าเท่านั้น

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ใบอนุญาตเลขที่ ว00005/2546

ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อเป็นหลักฐาน



ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย เทเวศ ประกันภัย
(นายเทเวศ ประกันภัย)
วันที่ทำประกันภัย XX / XX / XX

เอกสารประกอบการสมัคร สำเนาบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง Slip Pay Inชำระด้วย เงินสด บัตรเครดิต

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ชื่อพนักงาน นามสกุล.....

รหัสพนักงาน.....รหัสทีม/สาขา.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.) ที่ทำรายการ

บัตรนายหน้าประกันภัยวินาศภัย ชื่อพนักงาน นามสกุล.....

รหัสพนักงาน.....รหัสทีม/สาขา.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่บัตรหมดอายุ..... วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.) ที่ทำรายการ

สำหรับพนักงานธนาคารในการทำรายการชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่าน Bill Payment for First Premium ของลูกค้าที่ประสงค์สมัครประกัน Covid-19

เงินสด

Acc.No. 003-3-09196-5 Acc. Name บมจ.เทเวศประกันภัย

Ref.No. 1 : เลขบัตรประชาชน 13 หลัก

Ref.No. 2 : Product Code (86) + OC Code 4 หลัก + SCB ID 5 หลัก

บัตรเครดิต - เดิมจำนวน

Acc.No. 003-3-10741-5 Acc. Name บมจ.เทเวศประกันภัย

Ref.No. 1 : Product Code (86) +OC Code 4 หลัก + SCB ID 5 หลัก

Ref.No. 2 : เลขบัตรเครดิต 16 หลัก

วิธีการชำระค่าเบี้ยผ่าน SCB Easy

Acc.No. 003-3-10741-5 Acc. Name บมจ.เทเวศประกันภัย

Ref.No. 1 : เลขบัตรประชาชน 13 หลัก กรณีเป็นนิติบุคคลระบุเลขที่นิติบุคคล/บริษัท

Ref.No. 2 : Product Code (86) + OC Code 4 หลัก + SCB ID 5 หลัก



เอกสารสำหรับลูกค้า

การประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

การรับประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัยมีอายุตั้งแต่ 1 - 99 ปี (รวมต่ออายุแล้ว / อายุคำนวณโดยใช้ปี พ.ศ. ปัจจุบัน ลบ ปี พ.ศ. เกิด)
2. สำหรับชาวต่างชาติที่ต้องการสมัครทำประกันภัยต้องเป็นผู้ที่พำนักอยู่ในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน (นับจากวันที่กรอกใบสมัครย้อนหลังไป 6 เดือน) และมี Work Permit/Visa ไม่ต่ำกว่า 1 ปีขึ้นไป หรือหนังสือวีซ่าระยะยาว Long Stay Visa
3. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องเป็นผู้ที่มีประวัติสุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่พิการ ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ HIV, โรคเมรั้งทุกระยะ และผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคเมรั้งและรักษาหายเรียบร้อยแล้ว, โรค SLE และผู้ป่วยติดเตียง
4. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยตามที่บริษัทกำหนด รวมถึงได้มีการชำระเงินค่าเบี้ยเข้าบัญชีบริษัทแล้วเท่านั้น ความคุ้มครองตามกรมธรรม์นี้จึงมีผลบังคับ
5. ไม่รับประกันภัยผู้ที่ติดเชื้อมาก่อนการทำประกันภัย หรือถูกสงสัยว่าติดเชื้อ COVID-19 (ถูกสงสัยว่าติดเชื้อ หมายถึง การที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับการตรวจสอบ และ/หรือตรวจสุขภาพมาแล้วโดยแพทย์ และถูกกักตัวไว้เพื่อดูอาการ และหรือเพื่อการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยในเวลาต่อมา)
6. ความคุ้มครองประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
 - เริ่มคุ้มครองเวลา 16.30 น. ของวันที่ชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ถ้าซื้อหลัง 16.30 น. คุ้มครองเวลา 16.30 น.) และสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 16.30 น. ในวันเดียวกันของปีถัดไป
7. **ภายใต้ผู้เอาประกันภัยรายเดียวกัน จำกัดการซื้อกรมธรรม์ได้เพียง 1 ฉบับเท่านั้น** รวมทุกช่องทางและทุกโครงการที่ทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ผ่านบมจ.เทเวศประกันภัย กรณีตรวจพบการทำประกันภัยมากกว่า 1 ฉบับ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกกรมธรรม์ที่มีการแจ้งทำประกันภัยตั้งแต่ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป โดยมีการคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน
8. ผลประโยชน์และความคุ้มครองของกรมธรรม์ให้เป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))
9. กรมธรรม์กำหนดระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 14 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับใช้
10. ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) "การไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ เป็นเหตุให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865"

แผนความคุ้มครอง (Coverage Plan)

แผน B – COVID-19 Plus

ความคุ้มครองและเบี้ยประกันภัย

หน่วย : บาท

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย
	COVID-19 : 220 MU
รับเงินก้อนเมื่อตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19))** มีระยะเวลารอคอย (Waiting Period) 14 วัน	50,000
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือสาวยตา หรือทุพพลภาพการสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุ รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (ไม่คุ้มครองอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) ต่อปี	10,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับ 1 ปี (รวมภาษีและอากร)	220

**กรณีที่มีการติดเชื้อผู้เอาประกันภัย และ/หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจะต้องแสดงหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ที่ลงความเห็นว่าเป็นผู้ติดเชื้อสาเหตุหลักมาจากติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยการวินิจฉัยต้องเกิดในอาณาเขตประเทศไทยโดยแพทย์เท่านั้น

ข้อยกเว้นที่สำคัญ กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครอง

1. ผู้ที่ติดเชื้อหรือเป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ "โรคติดเชื้อไวรัส COVID-19" รวมถึงภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอยู่ก่อนการเอาประกันภัยและยังมิได้รับการให้หายขาด ทั้งนี้ รวมถึงผู้ที่เคยติดเชื้อและได้รับการรักษามาแล้ว
2. สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition)
3. ผู้ที่เดินทางไปยังประเทศหรือเขตบริหารพิเศษหรือเมืองที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโดย
 - เดินทางก่อนการทำประกันภัยเป็นระยะเวลา 14 วัน (ระยะเวลานี้อาจมีการเปลี่ยนแปลง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดของโรค) ทั้งนี้หากพบว่าการแถลงในใบคำขอ จะไม่รับประกันภัย
 ทั้งนี้ รายชื่อประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศพื้นที่เสี่ยงต่อ COVID-19 ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน (รวมถึงฮ่องกง, มาเก๊า, ไต้หวัน), สิงคโปร์, ญี่ปุ่น, เกาหลีใต้, อิตาลี, อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน สเปน (ข้อมูล ณ วันที่ 13 มีนาคม 2563) และรวมถึงประเทศอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขจะมีการประกาศเพิ่มเติมให้เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อ COVID-19
4. การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease (COVID-19)) ต้องเกิดในอาณาเขตประเทศไทย โดยแพทย์เท่านั้น
5. ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายในการตรวจหาอาการติดเชื้อ หรือการตรวจคัดกรองโรค