

PREMIUM DISCOUNT OPTIONS | ส่วนลดค่าเบี้ยประกันภัย



NO OPD OPTION

20% DISCOUNT

Outpatient Exclusion Option
เลือกไม่รับความคุ้มครองแบบผู้ป่วยนอก (OPD)

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

การคำนวณค่าเบี้ยประกันภัยในกรณีที่มีส่วนลดค่าเบี้ยมากกว่าหนึ่งรายการ บริษัทประกันภัยจะคำนวณส่วนลดที่สอง และ ส่วนลดถัดไปจากค่าเบี้ยประกันภัยที่หักส่วนลดก่อนหน้านั้นก่อนแล้ว

ข้อเลือกส่วนลดค่าเบี้ย (No OPD Option & Deductible Option) :

- ข้อเลือกส่วนลดค่าเบี้ยนี้จะถูกนำมาคำนวณกับเบี้ยประกันภัยพื้นฐานเท่านั้น ไม่สามารถใช้ได้กับประกันภัยประเภท Dental, Vision และ PA นั่นคือ ในกรณีที่ผู้เอาประกันเลือกรับส่วนลดค่าเบี้ย บริษัทประกันภัยจะทำการคำนวณจำนวนเงินส่วนลดค่าเบี้ย ก่อนการคำนวณอัตราค่าเบี้ยสำหรับประกันภัยประเภท Dental, Vision และ PA

ส่วนลดกลุ่ม (Group Discount) :

- การคำนวณส่วนลดกลุ่ม (ยกเว้นส่วนลดสำหรับครอบครัว) จะนับเฉพาะผู้เอาประกันภัยที่บรรลุนิติภาวะ หรือมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์แล้วเท่านั้น
- ส่วนลดกลุ่มจะถูกนำมาคำนวณกับเบี้ยประกันภัยพื้นฐาน และเบี้ยประกันภัยเสริม (Dental, Vision และ PA) ด้วย

ส่วนลดกรณีไม่มีเคลม (No Claim Discount) :

- บริษัทประกันภัยของสงวนสิทธิในการได้รับส่วนลดกรณีไม่มีเคลมสำหรับผู้เอาประกันภัยที่ได้รับส่วนลดกลุ่มเท่านั้น
- บริษัทประกันภัยของสงวนสิทธิในการเสนอส่วนลดกรณีไม่มีเคลมแก่ผู้เอาประกันภัยที่มีอายุเกินกว่า 75 ปี
- ส่วนลดกรณีไม่มีเคลมจะถูกนำมาคำนวณกับเบี้ยประกันภัยพื้นฐานเท่านั้น ไม่สามารถใช้ได้กับประกันภัยประเภท Dental, Vision และ PA ทั้งนี้ การเรียกร้องสินไหมภายใต้ความคุ้มครองเพิ่มเติมจะไม่มีผลต่อสิทธิในการรับส่วนลดกรณีไม่มีเคลม
- หากมีการเรียกร้องสินไหมโดยผู้เอาประกันภัยได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ สิทธิในการได้รับส่วนลดกรณีไม่มีเคลมจะกลับมามีผลนับเป็นปีกรมธรรม์แรกเข้าไปใหม่
- หากมีการเรียกร้องสินไหมเกิดขึ้นหลังจากที่บริษัทประกันภัยได้เสนอส่วนลดกรณีไม่มีเคลมไปแล้วนั้น บริษัทประกันภัยของสงวนสิทธิในการเรียกคืนส่วนลดดังกล่าวโดยหักออกจากยอดสินไหมพึงจ่าย ทั้งนี้สิทธิในการรับส่วนลดกรณีไม่มีเคลมจะกลับมามีผลนับเป็นปีกรมธรรม์แรกเข้าไปใหม่

DEDUCTIBLE OPTION

25% DISCOUNT

THB 40,000 Deductible Option
เลือกรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเองจำนวน 40,000 บาท

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

32.5% DISCOUNT

THB 100,000 Deductible Option
เลือกรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเองจำนวน 100,000 บาท

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

40% DISCOUNT

THB 200,000 Deductible Option
เลือกรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเองจำนวน 200,000 บาท

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

50% DISCOUNT

THB 300,000 Deductible Option
เลือกรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเองจำนวน 300,000 บาท

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

* ไม่มีข้อเลือกส่วนลด Deductible Option สำหรับแผน Standard Plus และแผน Standard

GROUP DISCOUNT

10% DISCOUNT

5 - 10 Group Discount
ทำประกันพร้อมกันเป็นกลุ่ม (ผู้ใหญ่อายุครบ 20 ปีเท่านั้น) จำนวน 5-10 คน

U+
U
M+
M
P+
P

15% DISCOUNT

11 - 20 Group Discount
ทำประกันพร้อมกันเป็นกลุ่ม (ผู้ใหญ่อายุครบ 20 ปีเท่านั้น) จำนวน 11-20 คน

U+
U
M+
M
P+
P

20% DISCOUNT

21 or More Group Discount
ทำประกันพร้อมกันเป็นกลุ่ม (ผู้ใหญ่อายุครบ 20 ปีเท่านั้น) จำนวนตั้งแต่ 21 คนขึ้นไป

U+
U
M+
M
P+
P

5% DISCOUNT

Family Discount
ส่วนลดสำหรับครอบครัวสามี ภรรยา และบุตร (อย่างน้อย 1 คน)

U+
U
M+
M
P+
P

* ไม่มีส่วนลด Group Discount สำหรับแผน Standard Extra, แผน Standard Plus และแผน Standard

NO CLAIM DISCOUNT

10% DISCOUNT

1 Year No Claim Discount
ส่วนลดกรณีไม่มีเคลมเป็นเวลาติดต่อกัน 1 ปี

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

15% DISCOUNT

2 Year No Claim Discount
ส่วนลดกรณีไม่มีเคลมเป็นเวลาติดต่อกัน 2 ปี

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

20% DISCOUNT

3+ Year No Claim Discount
ส่วนลดกรณีไม่มีเคลมเป็นเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

U+
U
M+
M
P+
P
S+
S

APPLICATION | เอกสารประกอบการสมัคร

PAYMENT | วิธีการชำระเงิน

คุณสมบัติผู้สมัคร :

บุคคลอายุตั้งแต่ 15 วันขึ้นไป โดยไม่จำกัดอายุสูงสุด ผู้สมัครที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องสมัครพร้อมกับผู้ปกครอง

1. ใบสมัครทำประกันสุขภาพ

- กรอกข้อมูลประวัติส่วนบุคคลอย่างละเอียดทุกข้อ รวมทั้งข้อมูลของผู้รับผลประโยชน์ และชื่อแผนประกันสุขภาพที่ต้องการ พร้อมระบุวันเริ่มต้นที่ต้องการให้กรมธรรม์มีผลบังคับใช้
 - กรอกแบบสอบถามและใบแถลงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Medical Questionnaire) ตามความเป็นจริงทุกประการอย่างละเอียดทุกข้อ หากข้อใดตอบ "ใช่" กรุณากรอกข้อมูลรายละเอียดเพื่อชี้แจง รวมทั้งชื่อของแพทย์ โรงพยาบาล สภาวะการเจ็บป่วย ประเภทและวันที่ได้รับการรักษา และข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ในการพิจารณา
 - กรอกหมายเลขที่สนายหน้า (Broker Code) คือ B0001-00020
 - เซ็นชื่อลงนามเอกสารให้ครบถ้วนทุกฉบับ
- ### 2. สำเนาบัตรประชาชน หรือหนังสือเดินทาง (Passport)
- ### 3. สำเนากรมธรรม์ประกันสุขภาพของบริษัทอื่นที่ยังมีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน (ถ้ามี)
- ### 4. สำเนาผลการตรวจสุขภาพภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา
- สุขภาพสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ต้องส่งผลการตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram)
 - ผู้สมัครที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องตรวจสุขภาพโดยใช้แบบฟอร์มที่บริษัทประกันภัยกำหนด
 - ผู้สมัครที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ต้องแนบประวัติการรักษาที่ผ่านมาทั้งหมด พร้อมกับผลการตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์มที่บริษัทประกันภัยกำหนด

คำเตือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามแบบสอบถามและแถลงข้อมูลตามความเป็นจริงทุกประการ การปกปิดไม่แจ้งความจริงหรือแถลงความเท็จอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไปจ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ท่านลูกค้าสามารถชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยได้ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งใน 6 วิธีการดังต่อไปนี้

1. โอนเงินระหว่างธนาคาร โอนเงินด้วยเครื่อง ATM หรือนำเงินสดฝากเข้าบัญชีของบริษัทประกันภัย ดังต่อไปนี้
 - บัญชี "บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)"
 - บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงเทพ สาขา รพ.เซ็นทรัลพลาซ่า เลขที่ 002-7-12073-2
 - บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รพ.เซ็นทรัลพลาซ่า เลขที่ 191-2-08534-6
 - บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย สาขา รพ.เซ็นทรัลพลาซ่า เลขที่ 186-2-20755-0
 - บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขา ซิลลิค เฮาส์ เลขที่ 503-1-17420-8
 2. โอนเงินระหว่างธนาคาร โอนเงินด้วยเครื่อง ATM หรือนำเงินสดฝากเข้าบัญชีของบริษัทนายหน้า ดังต่อไปนี้
 - บัญชี "บริษัท แปซิฟิค ครอส นายหน้าประกันภัย จำกัด"
 - บัญชีกระแสรายวัน ธนาคารกรุงเทพ สาขาสุขุมวิท 63 (เอกมัย) เลขที่ 063-3-02099-5
 3. ออกเช็คสั่งจ่าย "บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)" โดยขีดคร่อม (A/C Payee Only) ด้วย
 4. ออกเช็คสั่งจ่าย "บริษัท แปซิฟิค ครอส นายหน้าประกันภัย จำกัด" โดยขีดคร่อม (A/C Payee Only) ด้วย
 5. บัตรเครดิต โดยกรอกหมายเลขบัตรในรูปแบบฟอร์มที่บริษัทประกันภัยกำหนด
- หมายเหตุ : หากชำระด้วยบัตรเครดิตของผู้เอาประกัน หรือบัตรเครดิตของบุคคลในครอบครัวที่เข้ามาสกุลเดียวกัน จะไม่เสียค่าธรรมเนียมการใช้บัตร แต่ในกรณีที่ใช้บัตรเครดิตของบุคคลอื่นฯ บริษัทประกันภัยเรียกเก็บค่าธรรมเนียมร้อยละ 3 จากเบี้ยประกันที่เรียกเก็บ
6. เงินสด ถ้าเป็นไปได้ บริษัทฯ ขอความกรุณาอย่าชำระค่าเบี้ยด้วยเงินสด แต่หากจำเป็นจริงๆ โปรดส่งมอบเงินสดค่าเบี้ยประกันให้กับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบอำนาจอย่างเป็นทางการจากบริษัทฯ เท่านั้น โดยขอใบเสร็จรับเงินชั่วคราวหรือเอกสารแสดงการรับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้รับเงินดังกล่าวทุกครั้ง

หมายเหตุ :

- โปรดยื่นยันการชำระเงิน โดยส่งแฟกซ์เอกสารการโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร หรือสลิปจากเครื่องเอทีเอ็ม พร้อมระบุชื่อกรมธรรม์ หรือเลขที่ใบแจ้งหนี้ มายังหมายเลข 0-2711-5311
 - กรุณาแนบหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย (ถ้ามี) พร้อมการชำระเงินด้วยทุกครั้ง โดยที่อยู่สำหรับใช้ออกใบกำกับภาษีคือ บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่ เลขที่ 152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
- เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 1075 56000 08 6



086-341-8080
pacificcross.co.th