

ที่ ปช.4/สก./63/109

วันที่ 8 กรกฎาคม 2563

เรื่อง ส่งสัญญาเปิดสถานพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ บริษัท โรงพยาบาลสิโรตม์ จำกัด (มหาชน)

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. สัญญาขอเปิดสถานพยาบาล 2 ฉบับ
2. เอกสารประกอบการทำสัญญา
3. ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม, เอกสารใบเคลมและที่อยู่สำหรับการส่งเอกสารวางบิล
4. เงื่อนไขความคุ้มครองตามกรมธรรม์และข้อยกเว้นของการประกันสุขภาพกลุ่ม

ตามที่ บริษัทอากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และ บริษัท โรงพยาบาลสิโรตม์ จำกัด (มหาชน) ได้ดำเนินการเปิดสัญญาสถานพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันและถือบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม

บัดนี้ บริษัทฯ ได้ลงนามและประทับตราในสัญญาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งสัญญาฉบับดังกล่าวคืนท่าน เพื่อให้ท่านลงนามและประทับตราในสัญญา และเก็บไว้เป็นหลักฐาน 1 ฉบับ สำหรับอีกฉบับให้ท่านส่งคืนบริษัทฯ พร้อมเอกสารประกอบการทำสัญญาฉบับจริง

ในส่วนของเอกสารประกอบการวางบิล มีดังนี้

1. ใบปะหน้านำส่งเอกสารการวางบิล
 2. ใบรายการค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ (ใบแจ้งหนี้)
 3. ใบรับรองแพทย์ หรือ เอกสารเคลมฟอร์ม
 4. รายการยา และรายการตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา การตรวจวินิจฉัยทางรังสีการแพทย์
- เวชภัณฑ์ โดยการแจ้งชนิด จำนวน และราคา
5. สำเนาบัตรประกันกลุ่ม และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทาง (Passport)
 6. เวลาทำการของบริษัทฯ

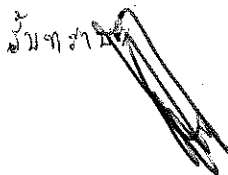
วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.30 – 17.00 น.

หยุดวันเสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

เบอร์ Hot Line 2 หมายเลข คือ 081-991 8370 และ 081-911 1743 เปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.30-20.00 น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และบริษัทฯ ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวกิ่งแก้ว จันทนวน)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ฝ่ายสินไหมทดแทน

เป็นพี่สาวเขามา
ขอเปิดสัญญา
บริษัทอากเนย์
มีรับฝากไว้
ฝากให้บริษัท
ฝากให้บริษัท
ฝากให้บริษัท

สัญญาการให้บริการรักษาพยาบาลสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

ทำที่ บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน)

วันที่ 15 มิถุนายน 2563

สัญญาฉบับนี้จัดทำขึ้นระหว่าง บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดย นางสาวไพศรี ชูติวิริยะการย์ ผู้รับมอบอำนาจลงนามกระทำการแทน สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่ 315 อาคารอากเนย์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "บริษัท" ฝ่ายหนึ่ง กับ บริษัท โรงพยาบาลสิโรส จำกัด (มหาชน) โดย ทันตแพทย์ อับดุลกอเดอร์ ยูโซะ และ นายแพทย์ไพศาล ลอแต กรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัท สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่ 247-249 ถนนสิโรส ตำบลสะเตง อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา 95000 ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "สถานพยาบาล" อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายตกลงทำสัญญากัน โดยมีข้อความและสาระสำคัญดังต่อไปนี้.-

คำนิยาม

1. สมาชิกผู้เอาประกันภัย หมายถึง สมาชิกผู้เอาประกันภัย รวมถึงสมาชิกครอบครัวของสมาชิกผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี) ของคู่สัญญาและ/หรือบริษัทต่างๆที่บริษัทเป็นผู้รับประกันภัยกลุ่มไว้
2. สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลที่มีใบอนุญาตจัดตั้ง และดำเนินการถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งในสัญญานี้หมายถึง บริษัท โรงพยาบาลสิโรส จำกัด (มหาชน) ในนาม โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางสิโรส ยะลา และ คลินิกในเครือ
3. การรักษาพยาบาล หมายถึง การตรวจและรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพของสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยและจากประสพอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์และอนุสัญญาต่างๆ ที่ออกให้โดยบริษัท กรณีการเข้ารับการรักษาแบบคนไข้ใน (IPD), แบบคนไข้นอก (OPD) หรือการรักษาโรคฟัน (Dental) (ถ้ามี)
4. ความจำเป็นและเหมาะสมทางการแพทย์ หมายถึง การให้บริการที่บริษัทพิจารณาร่วมกันกับแพทย์ของสถานพยาบาลผู้ให้บริการแล้ว เห็นว่าเข้ากันได้กับโรค อาการของโรค และความรุนแรงของโรคที่วินิจฉัยให้กับสมาชิก ผู้เอาประกันภัยแต่ละราย และเข้ากันได้กับหลักเกณฑ์การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ต้องไม่ใช่การให้บริการ เพื่อตอบสนองการร้องขอของสมาชิกผู้เอาประกันภัย หรือครอบครัวสมาชิกผู้เอาประกันภัย หรือบุคคลอื่น อีกทั้งเป็นการให้บริการเฉพาะในส่วนที่จำเป็นและเกี่ยวข้องในการรักษาแต่ละครั้ง

ข้อกำหนดการดำเนินการ

1. สถานพยาบาลตกลงจะตรวจสอบสถานะภาพของสมาชิกผู้เอาประกันภัยก่อนการใช้สิทธิ์ ตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรประกันกลุ่ม, ตรวจสอบเงื่อนไขความคุ้มครอง, สิทธิประโยชน์ รวมถึงข้อยกเว้นภัยต่างๆ ที่บริษัทแจ้งให้ทราบ และการใช้สิทธิ์บัตรประกันกลุ่ม ต้องพิจารณาคู่กับบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้และมีรูปถ่ายกำกับไว้ หรือบัตรประจำตัวพนักงาน (ตามบันทึกหลักหลังแนบท้ายสัญญาการให้บริการรักษาพยาบาลสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม)
2. สถานพยาบาลจะควบคุมอัตราค่าบริการพยาบาลให้เหมาะสม ตลอดจนให้การรักษาพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสมทางการแพทย์เท่านั้น และบริษัทสงวนสิทธิ์ในการไม่ชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ในกรณีที่บริษัทเห็นว่าเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มากเกินไปจนความจำเป็น หรือไม่เหมาะสมกับการวินิจฉัย อาการ หรือความรุนแรงของโรคและสถานพยาบาลยินยอมที่จะไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายดังกล่าว ทั้งนี้ โดยการวินิจฉัยหรือพิจารณาร่วมกันกับแพทย์ของสถานพยาบาล
3. กรณีบริษัทที่มีความจำเป็นต้องขอเอกสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาของสมาชิกผู้เอาประกันภัยบางราย เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น ทั้งนี้บริษัทจะมอบหลักฐานการยินยอมของสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ในการเปิดเผยประวัติการรักษาด้วย โดยบริษัทและสถานพยาบาลรวมไปถึงลูกจ้างและตัวแทนของแต่ละฝ่าย ต้องเก็บรักษาข้อมูลของสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยให้บุคคลที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่ได้รับอนุญาตทราบ

4. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษายาแบบคนไข้ใน สถานพยาบาลจะต้องแจ้งให้บริษัททราบในทันที และในวันที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยออกจากสถานพยาบาลฯ จะต้องส่งรายการค่ารักษาพยาบาลและใบรายงานแพทย์ให้กับบริษัทด้วย ทุกครั้ง กรณีตรงกับวันและเวลาดอกทำการของบริษัทให้ส่งในวันและเวลาทำการถัดไป

5. สถานพยาบาลจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ของสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่เข้ารับการรักษาจากบริษัท ได้ไม่เกินกว่า เงื่อนไขความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มที่คู่สัญญาและ/หรือบริษัทต่างๆของสมาชิกผู้เอาประกันภัยได้ทำประกันภัยไว้ กับบริษัท

6. สถานพยาบาลคู่สัญญา ตกลงที่จะให้ส่วนลดกับบริษัท ดังนี้

- อัตราค่าบริการค่าห้อง ส่วนลด 10%

7. สถานพยาบาลจะจัดส่งยอดค่ารักษาพยาบาล (ใบสรุปหน้าบ) พร้อมทั้งรายละเอียดของการรักษา (ใบรับรองแพทย์ ที่ชัดเจน) พร้อมกับสำเนาบัตรประกันกลุ่ม / เลขที่บัตรประกันกลุ่ม ที่ถูกต้องตามเงื่อนไขของสัญญานี้มาที่บริษัททุกวันที่ 15 และ 30 ของเดือน โดยบริษัทตกลงชำระเงินคืนภายใน 30 วันนับจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าว กรณีมีส่วนเกินนอกเหนือจาก ผลประโยชน์ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยมีสิทธิได้รับ บริษัทจะประสานงานและติดตามส่วนเกินจากสมาชิกผู้เอาประกันภัย และดำเนินการ จ่ายคืนให้สถานพยาบาลต่อไป แต่ทั้งนี้ รายที่มีระยะเวลาของการจ่ายเงินสถานพยาบาลเกิน 30 วัน สถานพยาบาลตกลงจะขยาย ระยะเวลาจ่ายเงินเป็นกรณีไป โดยบริษัทจะแจ้งเหตุถึงการล่าช้าเป็นลายลักษณ์อักษรให้สถานพยาบาลทราบ

8. สัญญานี้มีผลใช้บังคับนับตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไป โดยมีกำหนดระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่ทำสัญญา ในกรณี ที่ครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว โดยยังไม่มีการทำสัญญากันใหม่และคู่สัญญาได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามข้อตกลงในสัญญานี้ ต่อไปอีก คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายให้ถือว่าสัญญานี้มีผลบังคับต่อไปอีกคราวละ 1 ปี เรื่อยไป ถ้าฝ่ายใดประสงค์จะบอกเลิกสัญญา สามารถจะทำได้โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วัน และหากคู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งผิด สัญญา คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งมีสิทธิบอกเลิกสัญญาได้ทันที โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบ

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายได้อ่านข้อความโดยตลอดแล้ว เห็นว่าตรงตาม เจตนารมณ์ที่ได้ตกลงไว้ต่อกันทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตราสำคัญไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานและต่างเก็บรักษา ไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ

(ทันตแพทย์อับดุลกอเดร์ ยูโซะ) และ (นายแพทย์ไพศาล ลอแต)

กรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัท

บริษัท โรงพยาบาลสิโรส จำกัด (มหาชน)



บริษัท โรงพยาบาลสิโรส จำกัด (มหาชน)
SIROROS HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED

ลงชื่อ.....พยาน

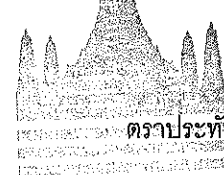
(นางรอเมาะ หีมกุล)

ลงชื่อ

(นางสาวไพศรี ขุดวิริยะการย์)

ผู้รับมอบอำนาจลงนามผูกพันบริษัท

บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)



บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
ลงชื่อ.....พยาน

(นางสาวจำเนียร จ่านครักษ์)

บันทึกสภักดิ์หลังแนบท้ายสัญญาการให้บริการรักษาพยาบาลสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

บันทึกสภักดิ์ฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาการให้บริการรักษาพยาบาลสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. บริษัท อากนีย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้พัฒนาระบบเพื่อให้สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบการมีผลบังคับของกรมธรรม์และสิทธิประโยชน์คงเหลือของผู้เอาประกันภัยกลุ่มแต่ละราย
2. ระบบนี้เรียกว่าระบบ GROUP INTERNET CLAIM เป็นการตรวจสอบข้อมูลบนเว็บไซต์ <https://www.egrouphhealth.selic.co.th>
3. สถานพยาบาลคู่สัญญาสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อตรวจสอบสิทธิการใช้นับัตรประกันสุขภาพกลุ่ม กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบคนไข้นอกกับสถานพยาบาล ดังนี้
 - 3.1 การตรวจสอบสิทธิการใช้นับัตรประกันสุขภาพกลุ่ม (การมีผลบังคับของกรมธรรม์ของผู้เอาประกันภัยกลุ่มแต่ละราย)
 - 3.2 การตรวจสอบสิทธิและผลประโยชน์คงเหลือของบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม
4. สถานพยาบาลต้องตรวจสอบสิทธิทุกครั้ง เมื่อผู้เอาประกันเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโดยแสดงบัตรประกันสุขภาพกลุ่มของบริษัท
5. สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทภายใต้ผลประโยชน์และเงื่อนไขการใช้นับัตรประกันสุขภาพกลุ่มตามที่ระบุไว้ในสัญญาการให้บริการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุไว้ในบัตรประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับส่วนเกินผลประโยชน์หรือส่วนเกินจากผลประโยชน์คงเหลือสถานพยาบาลต้องเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ถือบัตร
6. การละเลยหรือการให้บริการโดยมิได้ตรวจสอบการมีผลบังคับหรือจำนวนสิทธิและผลประโยชน์คงเหลือตามข้อ 3 อาจเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธการจ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลวันแต่จะได้มีการตกลงไว้เป็นอย่างอื่น

ข้อมูลผู้ประสานงานของสถานพยาบาลเพื่อกำหนดสิทธิในการใช้ระบบ GROUP INTERNET CLAIM

ชื่อผู้ประสานงาน.....นางสาวพิกุลนิ มะไซ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....17 พฤศจิกายน 2536.....
เลขที่บัตรประชาชน.....1 9599 00378 68 7 โทรศัพท์:073-223600...ต่อ 194,129.... แฟกซ์.....073-221866.....
E-mail..... ADM.Siroros@gmail.com.....

เกณฑ์การพิจารณาจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลและช้อยกเว้น

เกณฑ์การพิจารณาจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

1. ยากลับบ้านคุ้มครองไม่เกิน 1,000 บาท
2. กรณีรับการรักษาผู้ป่วยนอก พิจารณาคุ้มครองยาเพื่อใช้ในการรักษา ดังนี้
 - กรณีรักษาโรคเฉียบพลัน เช่น ไข้หวัด ปอดอักเสบ คุ้มครองยาเพื่อใช้ในการรักษา 30 วัน
 - กรณีรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คุ้มครองยาเพื่อใช้ในการรักษา 90 วัน
3. การพิจารณาจ่ายกายภาพบำบัด
 - กรณีที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิก และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุเกิดขึ้น โดยการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้น ต้องไม่เป็นข้อยกเว้นของกรมธรรม์และแพทย์ลงความเห็นว่าคุณเอาประกันจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยวิธีกายภาพบำบัด บริษัทฯ จะคุ้มครองการทำการกายภาพบำบัดนั้น แต่หากผู้เอาประกันมีความจำเป็นต้องไปทำกายภาพที่คลินิกกายภาพบำบัด ซึ่งตั้งขึ้นโดยถูกต้องตามกฎหมาย บริษัทฯจะคุ้มครองก็ต่อเมื่อมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลหรือคลินิก และแพทย์ลงความเห็นว่าคุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดย วิธีกายภาพบำบัด พร้อมระบุจำนวนครั้งและระยะเวลาการทำการกายภาพบำบัด
4. เงื่อนไขการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์ Emergency ดังนี้
 - อุบัติเหตุเกิดขึ้นและทำการรักษาภายใน 24 ชม.
 - กรณีไม่คุ้มครองการรักษาโรคเรื้อรังและฟัน ดังนั้น บริษัทฯ อนุมัติจ่ายอุบัติเหตุและค่ารักษาที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชม.กรณีที่ อุบัติเหตุนี้ทำให้ฟัน หัก แตก หรือโยก โดยจ่ายเฉพาะค่า X-ray ฟัน,อุดฟัน,ถอนฟันและยา ที่รักษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุเท่านั้น ค่ารักษาที่เกินจาก 24 ชม.เกี่ยวกับเรื่องฟัน หัก แตก หรือโยก บริษัทฯไม่คุ้มครอง
5. เงื่อนไขการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์ ADD7 กรณีรักษาเรื่องฟัน ดังนี้
 - กรณีไม่คุ้มครองการรักษาโรคเรื้อรังและฟัน ดังนั้น บริษัทฯ อนุมัติจ่ายอุบัติเหตุและค่ารักษาที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชม.กรณีที่ อุบัติเหตุนี้ทำให้ฟัน หัก แตก หรือโยก โดยจ่ายเฉพาะค่า X-ray ฟัน,อุดฟัน,ถอนฟันและยาที่รักษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุเท่านั้น ค่ารักษาที่เกินจาก 24 ชม.เกี่ยวกับเรื่องฟัน หัก แตก หรือโยก บริษัทฯไม่คุ้มครอง

ข้อยกเว้นผลประโยชน์คนไข้(IPD)และคนไข้นอก(OPD)

1. ค่าบริการของพนักงานพยาบาลหรือคำพยาบาลพิเศษ
2. การรักษาโรคฟันทุกกรณีและเหงือกบวมอักเสบ ยกเว้น มีความคุ้มครองผลประโยชน์ฟัน (*) (OPD-Dental)
3. ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือสภาวะทางจิตใจ หรือประสาทผิดปกติ หรือการบำบัดทางจิต หรือการรักษาโรคประสาทหรือความตึงเครียดของประสาท ภาวะอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เครียด รวมถึงการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษ หรือการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรคหรือภาวะดังกล่าวทั้งหมด
4. การรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพักผ่อนหรือพักผ่อน โรคติดต่อซึ่งต้องแยกออกหรือกักกันตามที่กฎหมายกำหนด การนอนรพ.เพื่อการฟื้นฟูหรือทำกายภาพบำบัด
5. การรักษาหรือแก้ไขอาการที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือกรรมพันธุ์
6. การรักษาเพื่อให้สวยงามหรือศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความสวยงาม เช่น การรักษาผิว ฝ้า กระ ฝี ปาน รอยต่างด้า แผลเป็น แผลไหม้ ผิวดำแดง รังแค โรคผิวหนัง ลดความอ้วนหรือผลจากการลดความอ้วน ผ่าตัด ผ่าตัดจากฮอร์โมนหรือตามวัย ผ่าตัด ปลูกผม หรือการรักษาเพื่อแก้ไขความบกพร่องของร่างกาย การผ่าตัดตกแต่ง (Cosmetic Surgery) เว้นแต่การผ่าตัดเสริมสร้าง (Reconstructive Surgery) ที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุและทำให้เกิดการบกพร่องของการทำงานของอวัยวะอื่นใดที่ไม่ใช่อวัยวะเพศและเต้านม เพื่อให้อวัยวะดังกล่าวสามารถกลับมาทำงานได้อย่างเดิม
7. การรักษาแพทย์ทางเลือก(Alternative Treatment)หรือการรักษาที่ไม่ได้เป็นการรักษาแผนปัจจุบัน เช่น ผิงเซ็ม การนวดแผนไทย ธรรมชาติบำบัด กวดจุด จัดกระดูก ไคโรแพรคติก เป็นต้น,การทำดีท็อกซ์ ล้างสารพิษ
8. ค่าใช้จ่ายหรือการรักษาที่ไม่ใช่การบำบัดเจ็บหรือเจ็บป่วย หรือเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น การรักษาความผิดปกติของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การเจริญเติบโตช้า น้ำหนักน้อย ภาวะเป็นสาวก่อนวัย ภาวะอ้วน ภาวะตัวเตี้ย การพัฒนาสมองช้า อาการเสื่อมวัย ภาวะฮอร์โมนผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านสมอง ความผิดปกติของฮอร์โมน ภาวะหมดประจำเดือนก่อนวัย(premature menopause) วัยใกล้หมดประจำเดือน(perimenopause) วัยหมดประจำเดือน(menopause) วัยหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) รวมถึงภาวะเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ก่อนวัยอันสมควร ภาวะกระดูกพรุน กระดูกโป่งบาง และภาวะอันเนื่องมาจากโรคหรือภาวะดังกล่าวทั้งหมด
9. การคุมกำเนิดทุกวิธี ทำหมันทุกกรณี การปลูกฝี ฉีดยาป้องกันโรคระบาด วัคซีนภูมิแพ้ วัคซีนเพื่อการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน
10. ค่าใช้จ่ายสืบเนื่องจากการมีบุตรยาก การเตรียมตัวมีบุตร การตั้งครรภ์ คลอดบุตร แท้งบุตรทุกกรณี รวมถึงผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าว เช่น ตกเลือดหลังคลอด โรคความดัน เบาหวาน ปวดหลัง ภาวะแพ้ท้อง การให้นมบุตร ฯลฯ
11. การวินิจฉัยหรือรักษาข้อบกพร่องทางเดินของแสงของนัยน์ตา สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง การวัดสายตา และการแก้ไขโดยการใช้แว่นหรือใส่เลนส์
12. ค่าอวัยวะเทียมรวมถึงอุปกรณ์ เครื่องช่วยฟังเสียง เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillation หรือ Pace maker แว่นตา เลนส์ คอนแทคเลนส์ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน รถเข็นผู้ป่วย เครื่องค้ำยันหรือช่วยพยุงไม้เท้า เวชภัณฑ์ 2
13. ค่าใช้จ่ายหรือค่าบริการที่ไม่ใช่เพื่อการรักษา เช่น โทรศัพท์,ค่าแพทย์นิติเวช,ค่าแพทย์เขียนใบเคลม,ค่าของใช้เบ็ดเตล็ดส่วนตัว ฯลฯ ผลิตภัณฑ์กลุ่มเวชสำอาง เครื่องสำอาง วิตามิน แร่ธาตุ อาหารเสริม กลุ่มยานอนหลับ กลุ่มยาคลายกังวล กลุ่มยา-ฮอร์โมน กลุ่มยาจิตเวช กลุ่มยาสมุนไพร น้ำตาเทียม สบู่,แชมพูและแปรงที่ผสมสารต่างๆ

14. การรักษาที่ผู้เอาประกันได้สิทธิจากสวัสดิการภาครัฐ เช่น กองทุนเงินทดแทน หรือประกันสังคมโดยบริษัทฯ จะรับผิดชอบส่วนเกินจากการเรียกร้องนั้นตามสัดส่วนของผลประโยชน์ที่ได้รับ
15. การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยได้รับการรักษา การวินิจฉัยโรค การปรึกษาหรือการส่งจ่ายยาให้ ในระหว่างเวลา 90 วัน ก่อนวันมีผลบังคับของการประกันภัยแต่ละรายบุคคล เว้นแต่จะได้เอาประกันภัยไว้แล้วตามสัญญาเพิ่มเติมนี้เป็นเวลา 180 วันแล้ว
16. การตรวจร่างกายเพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ การตรวจเพื่อดูมวลกระดูก หรือการตรวจร่างกายประจำปี
17. การนอนเพื่อการตรวจวินิจฉัย หรือ ตรวจติดตาม เพื่อหาสาเหตุ โดยไม่มีการรักษาแบบมาตรฐานคนไข้ใน เช่น MRI, CT SCAN, X-ray เป็นต้น
18. การรักษาที่เกิดจากหรือผลสืบเนื่องจากการใช้คอนแทคเลนส์ หรือการทำเลสิก เช่น โรคเยื่อตาอักเสบ-ติดเชื้อ ตาแห้ง แผลกระจกตา กระจกตาถลอก ฯลฯ
- 19.ภาวะผิดปกติของการนอน ภาวะนอนกรน ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ กลุ่มอาการหายใจเกิน(Hyperventilation syndrome)

หมายเหตุ (*) ข้อยกเว้นการรักษาโรคฟัน กรณีมีความคุ้มครองผลประโยชน์ฟัน

1. การทำฟันปลอม การทำสะพานฟัน หรือการครอบฟันทุกประเภท (การเลี่ยมฟัน)
2. การดัดฟัน การจัดฟัน การเคลือบฟัน หรือการขัดฟัน,การเคลือบฟลูออไรด์
3. การรักษาที่เกี่ยวข้องจากการจัดฟัน

เกณฑ์การพิจารณา ข้อยกเว้นความคุ้มครองการรักษาเพื่อความสวยงามประเภทโรคผิวหนังและผิว

แนวทางการพิจารณา : การพิจารณาจะต้องพิจารณาร่วมกันทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. พิจารณาจากการวินิจฉัยโรคหรือสาเหตุของการเกิดโรค
2. พิจารณาจากบริเวณที่เกิดโรค ความรุนแรงของโรค
3. พิจารณาจากวิธีการรักษา (ยา / หัตถการที่ใช้ในการรักษา)
4. พิจารณาจากสถานพยาบาลที่มีเป้าหมายการรักษาเพื่อความสวยงามของผิวพรรณ

หลักเกณฑ์การพิจารณา

1. ไม่คุ้มครองการรักษาผิว และกลุ่มอาการของโรคผิวหนังที่มีความสัมพันธ์ หรือจัดอยู่ในประเภทเดียวกันกับผิวหรือการป้องกันการเกิดผิวหนังทุกชนิด
2. ไม่คุ้มครองโรคผิวหนังที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไขมันทุกชนิดเช่น ต่อมไขมันอักเสบ ,รูขุมขนอักเสบหรืออาการผื่นจากผิวแห้งเนื่องจากต่อมไขมันทำงานน้อยกว่าปกติ
3. ไม่คุ้มครองการรักษา โรคผิวหนังทุกชนิดที่เกิดจากภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของฮอร์โมน เช่นการเกิดสิวหรือต่อมไขมันอุดตันและอักเสบจากฮอร์โมน Androgen
4. ไม่คุ้มครองการรักษาโรคผิวหนังทุกชนิดที่มีการใช้ยาหรือเวชภัณฑ์ที่จัดอยู่ในกลุ่มเวชสำอาง หรือยานิเทศที่ใช้ป้องกันปัญหาต่างๆของผิวพรรณรวมทั้งตัวยาที่มีส่วนประกอบของเวชสำอางด้วย
5. ไม่คุ้มครองโรคเชื้อราบนหนังศีรษะ, รังแค ยกเว้นกรณีของโรคเชื้อราบนหนังศีรษะที่มีอาการรุนแรงและแพทย์วินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ยารับประทานกลุ่ม Steroid
6. ไม่คุ้มครองการผ่าตัด, ตกแต่ง, การฉีดด้วยเลเซอร์หรือหัตถการอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องจากการรักษาตั้งเนื้อขนาดเล็กหรือ ก้อนไขมันทุกชนิด ยกเว้นกรณีที่ตั้งเนื้อหรือก้อนไขมันดังกล่าวมีขนาดโตขึ้นและเกิดการอักเสบรุนแรงหรือแพทย์ลงความเห็นว่ามีความเสี่ยงต่อการเจริญเป็นเซลล์ผิดปกติอันมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพได้

ทั้งนี้การพิจารณาในเรื่องการรักษาโรคผิวหนัง และปัญหาผิว ดังที่กล่าวมานั้น จะเป็นการพิจารณาร่วมกันระหว่างชื่อโรค, อาการที่แสดงและบริเวณที่เป็น , ความรุนแรง , ประเภทการรักษา ร่วมกับรายงานการตรวจของแพทย์ ซึ่งหากเป็นการรักษานั้นควรกระทำการในโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนัง หากพบว่ามีการใช้บริการในคลินิก หรือสถานเสริมความงามที่มีเป้าหมายทางการตลาดจากกลุ่มของการรักษาหรือป้องกันปัญหาผิวพรรณเป็นหลัก การใช้บริการแบบดังกล่าวจะอยู่ในข้อยกเว้นความคุ้มครอง โดยบริษัทฯ จะพิจารณาเฉพาะการรักษาที่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาและตัวยาโดยชัดเจน เท่านั้น

ตัวอย่าง สถานพยาบาลที่มีเป้าหมาย การรักษาเพื่อความสวยงาม

- | | |
|----------------------|---|
| 1. ราชเทวีคลินิก | 6. นิตยพลคลินิก |
| 2. พรเกษมคลินิก | 7. มัครินทร์คลินิก |
| 3. เดอร์มแควร์คลินิก | 8. ลุมพินีคลินิก |
| 4. ประตุน้ำไฟคลินิก | 9. โรงพยาบาลผิวหนังอโศก |
| 5. วุฒิสักดิ์คลินิก | 10. ศูนย์ความงามในโรงพยาบาลต่างๆ,คลินิกผิวพรรณอื่นๆ |

ตัวอย่างบัตรประกันชีวิตกลุ่มอาคเนย์

เลขที่บัตร 100000000242088-11

Card Number



เอคไย

SOUTHEAST LIFE INSURANCE

Client No. 210047-00

Cardholder

ผู้ถือบัตร NUCHARAWAN SAENGPHA

เพศ F

Cardholder

Sex

ผู้ถือกรมธรรม์ Policyholder 100000000242088

Rajdamri Lodging Limited

ระยะเวลาคุ้มครอง Cover Period 01.10.2560 - 30.09.2561 (24:00)

IPD Benefit FAX CLAIM

Plan 1

- R&B 1,000 / Day , Emergency 4,000 / Accident

OPD Benefit /Day 700

บัตรประจำตัว

ผู้เอาประกันภัยกลุ่ม



เอคไย

SOUTHEAST LIFE INSURANCE

เลขที่บัตร 100000112011088-205

Client No. 60000461

Card Number

ผู้ถือบัตร ขวัญเมือง จันทบุรี

เพศ F

Cardholder

Sex

ผู้ถือกรมธรรม์ Policyholder 100000112011088

บริษัท เอคไยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จำกัด

ระยะเวลาคุ้มครอง Cover Period 01.01.2562 - 31.12.2562 (24:00)

IPD Benefit FAX CLAIM

Plan 1

- R&B 2,500 / Day , Emergency 6,000 / Accident

OPD Benefit & Dental Benefit /Year 40,000

Hotline: 092-252-1433 (24 hours)

ที่อยู่จัดส่งเอกสารวางบิล

คุณกิ่งแก้ว จันทน์นวล สิ้นไหมประกันกลุ่ม ชั้น 7

315 อาคารอาคเนย์ ถนนสีลม แขวงสีลม

เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ส่วนที่ 1 Admission

ใบแจ้งข้อมูลเบื้องต้นของสมาชิกผู้เอาประกันภัยสุขภาพกลุ่ม

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

จาก โรงพยาบาล.....	ถึง ส่วนงานสินไหมประกันกลุ่ม ฝ่ายสินไหมทดแทน
แฟกซ์.....โทร.....	แฟกซ์ 0-2631-1388 โทร. 0-2233-7590
ชื่อผู้ส่ง.....	Hot Line: 081-991-8370, 081-911-1743

ตอนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้เอาประกัน

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....บัตรประชาชนเลขที่.....
 ที่อยู่ติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
 ผู้ถือกรมธรรม์.....เลขที่บัตรสมาชิก.....

การรักษารังนี้ท่านได้ใช้สิทธิประกันสังคมหรือสิทธิบริษัทประกันอื่นก่อนหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ก่อ.....

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้ารักษาเสมือนหนึ่งว่าได้จ่ายให้
 ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินยอม
 ชดใช้เงินที่บริษัทฯ ได้ทอดรองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายในกำหนด 7 วัน นับแต่ได้รับคำบอกกล่าวและหากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใด
 จากบริษัทฯ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนหนี้สิน หากไม่เพียงพอข้าพเจ้าจะนำมาระงับจำนวน

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาล/หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์และบันทึกการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนา
 เอกสารดังกล่าวทั้งหมดต่อ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายและให้ถือว่าสำเนาใบยินยอมมีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน
 วันที่.....

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician's Name..... Medical Specialty..... Medical License No.....

Admission Date..... Time.....	Underlying condition.....
H.N..... A.N.....	Provisional Diagnosis.....
Vital signs T.....BP.....P.....R.....	Indication for Admission.....
Chief complaint/duration.....	Plan of Treatment.....
Present illness or cause of injury	Expected Length of stayday(s) Others.....
Previous treatment for this illness or injury (Date&Place).....	() Private case..... () Hospital case
The illness directly related to an accident () Yes () No	Signature.....
If yes , date.....time.....	
The illness or injury influenced by alcohol or drug addict	
() Yes..... () No	

ตอนที่ 3 สำหรับใบจำหน่ายที่บริษัท (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.30-17.00 น.) (วันเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 8.30-18.00น.) จากข้อมูลที่ได้รับบริษัทฯ ขอเรียนว่า

☐ สามารถใช้บริการเคลมได้ โดยในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ให้ดำเนินการดังนี้

☐ FAX CLAIM เวลาทำการของบริษัท

☐ วางบิลค่ารักษาพยาบาลกับบริษัท อาคเนย์ฯ ทั้งหมด

☐ ทิजारณาพร้อมใบเคลมส่วนที่ 2

☐ อื่นๆ.....

☐ ไม่สามารถใช้บริการเคลมได้ ให้ผู้เอาประกันสำรองจ่ายไปก่อน เนื่องจาก

☐ ข้อยกเว้นตามสัญญากรมธรรม์

☐ ตามข้อมูลบริษัท กรมธรรม์สิ้นผลบังคับ

☐ ผู้ถือกรมธรรม์ไม่มีสัญญาขอใช้บริการเคลมกับรพ.

☐ อื่นๆ.....

หมายเหตุ : กรณีเป็นโรคอื่นๆนอกเหนือจากโรงพยาบาลแจ้งไว้

บริษัท อาคเนย์ฯ จะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....

: กรณีรักษาเกิน 3 วันกรุณาแจ้งบริษัททุกครั้ง

วันที่.....

: กรณีใช้สิทธิร่วมกับประกันสังคมหรือกับบริษัทอื่น

บริษัทจะจ่ายเฉพาะส่วนเกินสิทธิ

Group Health Insurance Information Notification Form

Part 1 Admission Please write in block letters.

From Hospital:.....	To Group Insurance Claim Unit, Claims Division
Fax:..... Phone:.....	Fax. 0-2631-1388 Phone. 0-2233-7590
Sender's Name:.....	Hot Line: 081-991-8370, 081-911-1743

Section 1 For the Insured

Name-Surname:, Age.....years, Sex, Identification No
 Contact address :.....Tel.....
 Policy holder:.....Member Card No
 For this admission, did you first use any benefits from the Social Security or other insurance companies?
☐ No ☐ Yes Specify

I hereby agree and authorize Southeast Life Insurance Public Company Limited to pay in advance medical expenses to the hospital where I have been treated as if the medical expenses are paid to me under the terms and conditions of the policy. If it appears later that I am not entitled to the policy payment for any reasons, I agree to indemnify for all the Company's advanced payment to the Company within 7 days from being noticed; and if I am entitled to any other insurance policy benefits from the Company, I agree and authorize that such amount be deducted from the amount due. If the deducted amount is insufficient, I shall make the complete amount payment.

I hereby agree for the attending physician/hospital/or any other persons examining and treating me to furnish Southeast Life Insurance Public Company Limited or its assigned persons with all information including medical history, medical records and copies of all the aforesaid documents and it shall be deemed that a photocopy of the Letter of Consent is as effective and valid as the original in all respects.

Signed: Insured
 Date:

Section 2 For the Attending Physician

Physician's Name:.....Medical Specialty:.....Medical License No.....

Admission Date:..... Time:..... H.N. A.N. Vital signs T BP P R Chief complaint/duration .. Present illness or cause of injury .. Previous treatment for this illness or injury (Date&Place) ... The illness directly related to an accident () Yes () No If yes, date time The illness or injury influenced by alcohol or drug addict () Yes..... () No	Underlying condition Provisional Diagnosis Indication for Admission Plan of Treatment Expected length of stay.....day(s) Others () Private case .. () Hospital case Signature:
--	--

Section 3 For the Company's Officer (Mon.-Fri. at 8.30-17.00 hrs.) (Sat-Sun. and Public holidays at 8.30-13.00 hrs.)
 From the information as received, the Company informs as follows:

O The credit service is available; on the patient's discharge date, the following shall be carried out:

- | | |
|---|---|
| ☐ Fax the Claim at the Company's working hours | ☐ Billing all the medical expenses to Southeast Life Insurance |
| ☐ Consider with the Claim in Part 2 | ☐ Others |

O No credit is available; the Insured must make an advanced payment due to the fact that:

- | | |
|--|---|
| ☐ It is an exception under the policy agreement. | ☐ Based on the Company's information, the policy ceases to be effective. |
| ☐ The Insured has no agreement of credit service use with the hospital. | ☐ Others |

Signed:
 Date:

Note : In case of other diseases than notified by the hospital,
 Southeast Life Insurance shall not be responsible for any expenses whatsoever.
 : In case of admission over 3 days, please inform the Company every time.
 : In case of benefits used in conjunction with the Social Security or other insurance companies, the Company shall only pay the surplus.

ส่วนที่ 2 ใบรายงานแพทย์ (Physician's Discharge Summary)

☐ DAY SURGERY

To	Group Insurance Claim Unit, Claims Division TEL. 0-2233-7590 FAX. 0-2631-1388 HOTLINE: 081-991-8370, 081-911-1743	From	Hospital name
			In-Patient TEL., FAX.
			Day Surgery TEL., FAX.

Patient's Name : HN : AN :

Admission Date : Time : Discharge Date : Time :

Please give full details relating to the treatment.

For Illness :

1. The date you first saw the patient for this illness :
2. Chief complaint and duration of symptoms :
3. In your opinion, how long should symptoms persist for this illness :

For Accident :

1. Date & time of accident : Date & time you first saw this patient :
2. Cause of accident, nature of wound, injured organs :
3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital? ☐ No ☐ Yes :

Patient clinical findings (Symptoms & signs) :

Underlying diseases :

Investigations / pathological studies :

Diagnosis ICD 10

(Please state the diagnosis leading to treatment on this admission (not including underlying diseases or conditions not treated). Please rank in order from the most important.)

Treatment :

Surgery / Operation ICD 9 / CPT

Result / Complications

Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☐ No Evidence ☐ Yes

Is the patient pregnant? ☐ Not Suspected ☐ Yes Gestation age Wks

Was the treatment related to infertility? ☐ No ☐ Yes

HIV test? ☐ Not done ☐ Done Result (Patient's signature and consent to release ✕

Has the patient been treated by other doctors? ☐ No ☐ Yes (Please give name and address)

The Patient's Medical History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physician / Hospital Name

Estimated time for recovery

Other comments / follow up / expected leave from work (days)

Signed ✕ Medical License No.

(.....) Speciality : Date :



หนังสือรับรอง

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียน เป็นนิติบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยบริษัทมหาชนจำกัด เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ทะเบียนเลขที่ 0107555000384

6. วัตถุประสงค์ของบริษัทมหาชนจำกัดมี 19 ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แผ่น โดยมีลายมือชื่อนามทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารและประทับตรากรมพัฒนาธุรกิจการค้าเป็นสำคัญ

ออกให้ ณ วันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

1. ชื่อบริษัท บริษัท อาคเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2. กรรมการบริษัทมี 9 คน ตามรายชื่อดังต่อไปนี้
 1. นายสุชาติ วรรณวิทย์
 2. นายโชติพัฒน์ วัฒนพานิช
 3. นายฐานันท์ สิริวัฒนภักดี
 4. นางอรุณทิพย์ วัฒนพานิช
 5. นายอภิชาติ บุญธรรม
 6. พลตำรวจเอกเจตน์ มงคลรัตน์
 7. นายมงคลชัย อินทสุพรรณ
 8. นายโสมชัย วัฒนพานิช
 9. นางกิตติยา โสภณเกษม
3. ชื่อและจำนวนกรรมการ ซึ่งมีอำนาจลงลายมือชื่อแทนบริษัท คือ นายโชติพัฒน์ วัฒนพานิช นายฐานันท์ สิริวัฒนภักดี, นายอรุณทิพย์ วัฒนพานิช และนายอภิชาติ บุญธรรม กรรมการสองในสี่คนซึ่งลงลายมือชื่อร่วมกับและประทับตราสำคัญของบริษัท ส่วนการลงลายมือชื่อในกรณีอื่นที่ประทับกับชื่อย่อของบริษัทให้กรรมการคนหนึ่งคนใดในสี่คนซึ่งลงลายมือชื่อ
4. ทุนจดทะเบียน 2,200,000,000.00 บาท / (สองพันสองร้อยล้านบาทถ้วน) ทุนชำระแล้วเป็นเงิน 2,200,000,000.00 บาท / (สองพันสองร้อยล้านบาทถ้วน)
5. สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ 315 อาคารอาคเนย์ ชั้นที่ 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร/

คำเตือน : ผู้ใดตรวจสอบหรือตรวจหาความไม่ถูกต้องของหนังสือรับรองนี้ทุกครั้ง

DED กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
โทร. 02 528 7600

Online Service
สายด่วน 1570 www.ded.go.th

DED กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
โทร. 02 528 7600

Online Service
สายด่วน 1570 www.ded.go.th

ที่ สจก. 001200

ออกให้ ณ วันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

ที่ สจก. 001200

ออกให้ ณ วันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

สำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรอง

วัตถุประสงค์ของบริษัทมหาชนจำกัดมี 19 ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แผ่น โดยมีลายมือชื่อนามทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารและประทับตรากรมพัฒนาธุรกิจการค้าเป็นสำคัญ

(1) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(2) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(3) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(4) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(5) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(6) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(7) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(8) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(9) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(10) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(11) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(12) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(13) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(14) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(15) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(16) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(17) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(18) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(19) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

วัตถุประสงค์ของบริษัทมหาชนจำกัดมี 19 ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แผ่น โดยมีลายมือชื่อนามทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารและประทับตรากรมพัฒนาธุรกิจการค้าเป็นสำคัญ

(1) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(2) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(3) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(4) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(5) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(6) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(7) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(8) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(9) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(10) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(11) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(12) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(13) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(14) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(15) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(16) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(17) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(18) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

(19) เพื่อประกอบธุรกิจการประกันภัย

บริษัท อาคเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ARUNAY INSURANCE CO., LTD.
東南人壽保險大衆有限公司

บริษัท อาคเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ARUNAY INSURANCE CO., LTD.
東南人壽保險大衆有限公司

DED กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
โทร. 02 528 7600

Online Service
สายด่วน 1570 www.ded.go.th

DED กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
โทร. 02 528 7600

Online Service
สายด่วน 1570 www.ded.go.th

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 1018-039718-4

สำนักทะเบียน กองดินเขตคลองสาม

อาคารที่อยู่ที่ 425/5 ตรอกถนนวิภาฯ ซอยกรุงธนบุรี 1 ถนนกรุงธนบุรี
แขวงคลองตันใต้ เขตคลองสาม กรุงเทพมหานคร

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน ป้าย

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 7 เม.ย. 2537

ลงชื่อ

นางมะลิวิชัย วัฒนสุข

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 19 เม.ย. 2505

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

1018-039718-4

ลำดับที่

ชื่อ. น. ส. ไพศรี ขัติวิริยะการย์

สถานะ โสด

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 5-1018-99000-60-7

สถานภาพ

เกิดเมื่อ

2505

ครอบครัวเกิดชื่อ เมียเวียง

ถิ่นกำเนิด

จังหวัด

มาจาก

15 ถนนกำแพงแดง แขวงคลองสาม

เขตคลองสาม กรุงเทพมหานคร เมื่อ 19 เม.ย. 2505

นายสมพงษ์ ขัติวิริยะการย์

นางทะเบียน

บัตรประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 5 1018-99000-60-7
Identification Number

ชื่อและนามสกุล น.ส. ไพศรี ขัติวิริยะการย์

Name Miss Paisri

นามสกุล ขัติวิริยะการย์

เกิดเมื่อ 5 เม.ย. 2505

Date of Birth 5 Jan. 1962

ศาสนา พุทธ

ที่อยู 425/5 ตรอกถนนวิภาฯ ซอยกรุงธนบุรี 1 ถนนกรุงธนบุรี

แขวงคลองตันใต้ เขตคลองสาม กทม

10 เม.ย. 2556

วันเดือนปีที่

10 Jan. 2013

Date of Issue

(หลักฐานการพิมพ์)

หลักฐานการพิมพ์

วันเดือนปีที่

4 Jan. 2022

Date of Expiry



1018-02-01100833

Handwritten signature: P. Khatviviriyakarn

หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่ บริษัท อากะเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

วันที่ 1 กันยายน 2558

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า บริษัท อากะเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดย นายโชติพัฒน์ พิษานนท์ และนายอภิชัย บุญธีรพร กรรมการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัท สำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 315 อาคารอากะเนย์ ชั้น 8 - 12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500 ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้มอบอำนาจ” ขอมอบอำนาจให้ นางสาวไพศรี ชุตติวิริยะการย์ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้รับมอบอำนาจ” เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังต่อไปนี้

1. มีอำนาจลงนามสัญญาให้บริการและให้การรักษาพยาบาลผู้เอาประกัน
2. มีอำนาจลงนามสัญญาการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยนอก) ผู้เอาประกันภัยการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
3. มีอำนาจลงนามทำสัญญาการให้บริการตรวจสอบสุขภาพ และ/หรือเพิ่มเติมอื่น ๆ ก่อนการทำประกันชีวิตกับโรงพยาบาลต่าง ๆ
4. มีอำนาจลงนามบันทึกข้อตกลงการใช้บริการ โรงพยาบาลคู่สัญญา
5. มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาเอกสารต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการทำสัญญาดังกล่าว
6. มีอำนาจลงนามหนังสือมอบอำนาจให้รับชำระเบี้ยประกันภัย

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งการมอบอำนาจในหนังสือฉบับนี้ การนั้นให้ถือเสมือนเป็นการกระทำของบริษัททั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานการมอบอำนาจนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อและประทับตราบริษัทไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน



บริษัท อากะเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 315 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500



ลงชื่อ นาย โชติพัฒน์ พิษานนท์ ผู้มอบอำนาจ
(นายโชติพัฒน์ พิษานนท์) (นายอภิชัย บุญธีรพร)

ลงชื่อ นางสาวไพศรี ชุตติวิริยะการย์ ผู้รับมอบอำนาจ
(นางสาวไพศรี ชุตติวิริยะการย์)

ลงชื่อ นางสาว รจนา อุดมทองก้อน พยาน
(นางสาว รจนา อุดมทองก้อน)

ลงชื่อ นางสาวชมพู่ สิทธิไกรพงษ์ พยาน
(นางสาวชมพู่ สิทธิไกรพงษ์)

