



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

สำหรับชาวต่างด้าวผู้รับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะ 1 ปี)

ชื่อกรมธรรม์ประกันภัย.....

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....

สัญชาติ.....เพศ..... อายุ.....ปี หนังสือเดินทางเลขที่..... ได้ทำ
ประกันภัยสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องสำหรับคนต่างด้าวผู้รับการตรวจลงตราประเภทคน
อยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะ 1 ปี) โดยมีประกันภัยสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล และ
การประกันภัยที่ครอบคลุมการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีอาณาเขตความคุ้มครองรวมถึง
ประเทศไทย โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวม.....บาทต่อปี (รายละเอียดผลประโยชน์
ให้อ้างอิงจากตารางผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัย)

โดยมีระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่..... เวลาน.
ตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....ของบริษัท.....

หมายเหตุ: กรมธรรม์ประกันภัยนี้ เป็นกรมธรรม์ประกันภัยที่รับประกันภัยโดยบริษัทประกันภัยในประเทศไทย
หรือสาขาประเทศไทย

.....
() () ()

กรรมการ – Director

กรรมการ – Director

ผู้รับมอบอำนาจ - Authorized Signature

...../...../.....

วัน เดือน ปี ที่ออกเอกสาร

ที่อยู่ / เบอร์ติดต่อ / เว็บไซต์ ของบริษัทประกันภัยและสมาคมประกันวินาศภัยไทย



Department of Health Service Support, Ministry of Public Health of Thailand

Tel +6621937000 Ext. 18404, 18421 (Office Hours)

E-mail: medicalhub.hss64@gmail.com website: www.hss.moph.go.th

Insurance Policy No.

Period of Insurance

...../...../..... to/...../..... Time.....

Foreign Insurance Certificate

for Alien to apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period 1 Year)

Insurance Policy Title.....

This insurance certificate is issued to certify that Name.....Surname.....
Nationality.....Gender.....Age.....Years Passport No. ; the insured person is
insured by health insurance in accordance with the law and regulations for foreigners who apply for the Non-Immigrant
Visa Type O-A (period 1 year). The coverage territory of this health insurance includes Thailand. This health insurance
also covers Covid-19 disease with the total sum insured of THB.....per policy year. (Subject to
the benefits detailed in the schedule of the insurance policy)

The period of insurance begins from D/M/Y..... athours until
D/M/Y.....at.....hours as stipulated on the Insurance Policy No.....
of the Company.....

Remarks:

The policy is issued by the insurance company in Thailand or a branch of foreign insurer established in Thailand.

.....
() () ()
Director Director Authorized Signature

Insurance Company Address

.....
.....

Telephone Number

Contact Person.....

E-mail.....

Website of the Insurance Company

.....