



A member of the Pacific Cross Group of Companies

INBOUND TRAVEL INSURANCE



ARRIVE...SAFELY

Inbound safe travel insurance you can rely on

มากด้วยประสบการณ์

แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) คือหนึ่งในสมาชิกกลุ่ม บริษัท แปซิฟิกครอส ซึ่งเป็นกลุ่มบริษัทประกันภัยแรกในภาคพื้นเอเชียที่ดำเนินธุรกิจและมีความเชี่ยวชาญในงานประกันสุขภาพ โดยเริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2500 จนถึงปัจจุบัน เรายังคงความโดดเด่นในการเป็นผู้เชี่ยวชาญในสายงานประกันสุขภาพ และประกันเดินทาง อย่างเสมอมา

แม้ว่าธุรกิจประกันสุขภาพนั้นจะมีความซับซ้อน แต่ด้วยประสบการณ์ของเรา เราได้ออกแบบและนำเสนอแผนที่เหมาะสมที่เข้าใจง่าย และดีที่สุดสำหรับคุณ ในราคาที่ให้คุณจ่ายได้

เราให้ความสำคัญจริง และเอาใจใส่ในการรับประกันของลูกค้านำคนสำคัญทุกราย ทั้งประเภทส่วนบุคคลและกลุ่ม โดยไม่จำกัดอายุ และปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการรับประกันการต่ออายุกรมธรรม์สำหรับประเภทส่วนบุคคล เรา มีความยินดีรับฟัง ให้คำปรึกษาโดยทีมงานที่มีประสบการณ์ และพร้อมให้บริการคุณเสมอ

เมื่อนึกถึงการประกันสุขภาพและการเดินทาง นึกถึง **แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ** คู่คิดด้านสุขภาพที่มากด้วยประสบการณ์ของคุณ

EXPERIENCE MATTERS

The business now known as Pacific Cross Health Insurance PCL, is a member of the Pacific Cross Group of Companies, which was first established as specialist Asian based health insurance product and administration entity in 1957 - the first of its kind in Asia. Today the Group still retains the pre-eminent position in the region as a specialist in the field of health and travel insurance.

Understanding the world of insurance can be complex and confusing. We offer specialized, easy to understand plans for people who simply want the best and most affordable cover available.

At Pacific Cross Health Insurance all applicants are considered, regardless of age or health status, ensuring that we are able to fully service client requirements. Our personal customer focus enables us to be competitive in terms of cost without compromising on the quality of coverage. Pacific Cross Health Insurance offers individual (with guaranteed renewability) and group medical cover, and travel insurance products with competitive pricing, expertise in terms of service, advice, prompt decision making and product delivery.

When it comes to health and travel insurance, always remember...

Experience matters



ความคุ้มครองที่สมบูรณ์แบบ

- การให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง
- คุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล
- คุ้มครองผู้เอาประกันภัยตั้งแต่อายุ 6 สัปดาห์ถึง อายุ 75 ปี
- ระยะเวลาคุ้มครองสูงสุดถึง 90 วัน
- ไม่ต้องมีการตรวจร่างกายก่อนทำประกัน (ไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนการทำประกันภัย)
- คุ้มครองการเล่นกีฬา ที่ไม่ใช่ชนกกีฬาวาซิป (เลือกซื้อเพิ่มเติม)

Policy Highlights

- 24-hour Worldwide Emergency Assistance
- Personal Accident Cover
- Available to all between ages 6 weeks to 75 years
- Maximum period up to 90 days
- No medical exam required (Pre-existing conditions are not covered)
- Optional non-professional sports cover available

วิธีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจะต้องส่งให้บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่สิ้นสุดการเดินทาง (หลักฐานในการเรียกร้องประกอบด้วย ใบเสร็จรับเงิน, ใบรับรองแพทย์ รวมถึงบันทึกประจำวันจากตำรวจ, สายการบิน หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ)

Claims Procedure

Notice of claims must be given to Pacific Cross Health Insurance within 30 days of the expiry of your Travel trip. All claims shall be presented with original receipt, medical certificate, police and airline reports.

ความคุ้มครอง (Benefits)	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท) Sum Insured (Baht)				
	First Class Plus	First Class	Business Class	Visa	Economy
ค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense)					
ค่ารักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน (Emergency Medical Expenses)	7,500,000	5,000,000	4,000,000	1,500,000	1,000,000
เงินสดชดเชยรายวันสำหรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital Cash Allowance)					
เงินค่าชดเชย 3,500 บาทต่อวัน กรณีพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (3,500 Baht per day in case of hospitalization)	122,500	80,500	42,000	21,000	14,000
อุบัติเหตุส่วนบุคคล (Personal Accident)					
กรณีที่เป็นผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 18 ถึง 75 ปี (Adults aged between 18 to 75 years old)	4,000,000	3,000,000	2,000,000	1,000,000	500,000
กรณีเด็กอายุตั้งแต่ 6 สัปดาห์ แต่ยังไม่ครบ 18 ปี บริบูรณ์จะได้รับเงินสดชดเชยจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงสุด 500,000 บาท (The personal accident benefit is limited to 500,000 baht for children aged 6 weeks to under 18 years old inclusive.)	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
การให้บริการความช่วยเหลือฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (24 Hours Emergency Assistance)					
บริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Assistance)	คุ้มครองตามจริง (Fully Indemnified)	คุ้มครองตามจริง (Fully Indemnified)	คุ้มครองตามจริง (Fully Indemnified)	คุ้มครองตามจริง (Fully Indemnified)	ไม่คุ้มครอง (Not Covered)
*กรุณาตรวจสอบเงื่อนไขความคุ้มครองของบริการช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินได้จากเอกสารแนบ (Please refer the conditions of Emergency Medical Assistance in separate document)					

เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากรแสตมป์แล้ว (บาท) Premium includes tax and stamp duty (Baht)

จำนวนวัน (Days)	First Class Plus	First Class	Business Class	Visa	Economy
1-4	1,236	898	763	599	241
5-7	1,806	1,284	1,085	767	302
8-10	2,082	1,483	1,254	854	327
11-14	2,509	1,768	1,421	946	375
15-22	3,201	2,251	1,698	1,117	443
23-31	4,359	2,863	2,185	1,441	548
32-45	5,181	3,446	2,662	1,784	633
46-62	6,035	4,052	3,155	2,136	723
63-75	6,210	4,225	3,331	2,310	723
76-90	7,355	5,013	3,960	2,738	854

หมายเหตุ / Remarks :

ข้อมูลตามเอกสารแนะนำแผนประกันภัยนี้ เป็นเพียงข้อมูลบางส่วนเพื่อชี้แจงให้ผู้ขอเอาประกันภัยทราบเพื่อประกอบการตัดสินใจขอเอาประกันภัยกับบริษัทเท่านั้น เงื่อนไขความคุ้มครองทั้งหมดให้เป็นไปตามคำจำกัดความ เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อยกเว้นทั่วไป และข้อตกลงคุ้มครองตามกรมธรรม์ของบริษัท / Information in this brochure is only preliminary information provided for the applicant to consider for applying for travel insurance coverage from the Company. All insuring conditions shall be referred as Definition, General Definition, General Exclusions and Insuring Agreement of the Company.

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับผลประโยชน์การเดินทาง
HOW TO FILE A CLAIM FOR YOUR TRAVEL BENEFIT

Please submit all the following evidence to the Company within 30 days of the return date of travel or date of incident;

1. A completed travel claim form.
2. Copy of passport of the Insured Person together with immigration stamps (Arrival and Departure).
3. A completed "Notification of Claim Form" by the Attending Physician in case of medical claim (Please complete in English).
4. Copy of Medical Report Lab & X-ray results (if any) (where illness or injury occurs).
5. Original receipts, itemized charges and name of medicines.
6. Copy of boarding pass and/or air ticket, airline report or report from the public vehicle operators (in case of accident).
7. Registration number, manufacturer and model of vehicle type involved in claim (in case of accident).
8. Copy of drivers license of vehicle type involved in claim (in case of accident).
9. Police report (in case of accident).

IMPORTANT NOTES:

1. If the claim documents are not sufficient for claim adjudication, Pacific Cross Health Insurance PCL or its claim administrators reserve the right to request further information or a Notification of Claim Form from the claimant to facilitate the claim assessment process.
2. All claims must be submitted to us within 30 days of the return date of travel or date of incident. All claims denied, if not contested within 6 months of the notification shall be considered accepted and the claim file therefore closed.
3. In case of claim documents not issued in Thai or English, the insured person is responsible for the translation cost and the translation must be undertaken by a certified translator only.
4. This policy is subject to a 5,000 Baht deductible for each and every claim.

กรุณานำส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่สิ้นสุดการเดินทาง หรือวันที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. สำเนาหนังสือเดินทาง ของผู้เอาประกันภัย พร้อมตราประทับ ขาเข้า และขาออก
3. เอกสารแจ้งการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน "Notification of Claim Form" ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา กรณีเคลมคำรักษาพยาบาล(กรุณารอกด้วยภาษาอังกฤษเท่านั้น)
4. สำเนารายงานทางการแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสี (ถ้ามี) กรณีเคลมคำรักษาพยาบาล
5. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง ใบแจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่าย และชื่อยา
6. สำเนาบัตรผ่านประตูเครื่องบิน และ/หรือ สำเนาตัวเครื่องบิน รายงานของสายการบิน หรือ ยานพาหนะสาธารณะ (กรณีอุบัติเหตุ)
7. หมายเลขทะเบียน ยี่ห้อ และรุ่นของยานพาหนะที่เกิดเหตุ (กรณีอุบัติเหตุ)
8. สำเนาใบอนุญาตขับขี่ของยานพาหนะประเภทเดียวกับที่เกิดเหตุ (กรณีอุบัติเหตุ)
9. สำเนานับที่ประจำตัวของเจ้าหน้าที่ตำรวจ (กรณีอุบัติเหตุ)

หมายเหตุ:

1. กรณีที่เอกสารที่ได้รับมีรายละเอียดไม่ครบถ้วน บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องเอกสารเพิ่มเติม เพื่อประกอบการพิจารณา
2. เอกสารการเรียกร้องสินไหมทั้งหมดต้องนำส่งภายใน 30 วัน นับจากวันที่สิ้นสุดการเดินทาง หรือวันที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น หากบริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนและผู้เอาประกันไม่ได้แย้งภายในระยะเวลา 6 เดือน ให้ถือว่าผู้เอาประกันยอมรับผลการพิจารณาการปฏิเสธนั้น
3. กรณีที่เอกสารประกอบการเคลมเป็นภาษาอื่นใด นอกเหนือจากภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ผู้เอาประกันจะต้องรับผิดชอบในการแปลเอกสารดังกล่าวเป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ และได้รับการรับรองโดยผู้ที่มีใบอนุญาตทำการแปลเท่านั้น
4. ผู้เอาประกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรก 5,000 บาท สำหรับคำรักษาพยาบาล ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษา

กรุณาเลือกแผนความคุ้มครอง / Plan Selection

<input type="checkbox"/> First Class Plus	<input type="checkbox"/> First Class	<input type="checkbox"/> Business Class	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Economy
---	--------------------------------------	---	-------------------------------	----------------------------------

ข้อมูลทั่วไป / General Information

ชื่อ-นามสกุล ผู้เดินทาง Name of Traveler : _____ วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth : DD/MM/YYYY

ที่อยู่ปัจจุบัน Home Address : _____

Tel. _____ Email : _____

ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง / Travel Information

ประเทศที่ถือหนังสือเดินทาง Passport Country : _____ หมายเลขหนังสือเดินทาง Passport No. : _____

ประเภทของวีซ่าในประเทศไทย Tourist Business Education
Visa Type of Thailand : ท่องเที่ยว ธุรกิจ การศึกษา
ระยะเวลาเดินทาง _____ วัน _____ เดือน
Period of Journey : _____ Days _____ Months

รายชื่อประเทศที่จะเดินทางไป/List Countries to be visited : _____

ประเทศที่เดินทางออก/Departing From : _____

วันที่ออกเดินทาง/Date of Departure : _____ วันที่เดินทางกลับ/Date of Return : _____
หมายเลขเที่ยวบินออก/Departing Flight No. : _____ หมายเลขเที่ยวบินขาเข้า/Return Flight No. : _____

ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง / Travel Information

รายชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง* Name of Insured Person(s)	หมายเลข หนังสือเดินทาง Passport No.	LW Sex	วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YYYY)	ชื่อผู้รับประโยชน์ Name of Beneficiary	ความสัมพันธ์ Relationship to applicant
			/ /		
			/ /		
			/ /		

* ชื่อจะต้องสอดคล้องกับในหนังสือเดินทาง / Must be the same as your passport

ค่าเบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร (บาท) / Total Premium inclusive of Tax (Baht)

คำรับรอง / Declaration

- ข้าพเจ้าผู้ขอรับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้ ขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจสัญญาเงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวแล้ว และขอรับรองว่าเราเดินทางในครั้งนี้ ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อไปรับการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือสภาพทางร่างกายที่เป็นอยู่ก่อน I/We hereby apply for the insurance set out of the Policy referenced hereon, and warrant that no journey is being undertaken for the purpose of obtaining treatment for any existing illness, injury, or medical condition from which I/we may be suffering. I/We further warrant that I/we have been given the opportunity to read the Master Policy referenced hereon.
 - ข้าพเจ้าอนุญาตให้แพทย์ พยาบาล หรือสถานเวชกรรมใดๆ ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าทั้งในอดีต และปัจจุบันแก่ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด(มหาชน) ข้าพเจ้าเข้าใจ และอนุญาตให้บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) เก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเพื่อจุดประสงค์ของกรมธรรม์ประกันภัย I/We authorize any doctor or health care provider to provide Pacific Cross Health Insurance PCL. with information concerning my/our current or past medical history. I/We have read the Privacy Notice and I/we consent to the collection, use and disclosure of my/our personal information by Pacific Cross Health Insurance PCL. to such person and for such purposes stated in the Privacy Notice.
 - ข้าพเจ้ายอมรับว่ากรมธรรม์นี้ไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย I/We acknowledge that this policy does not automatically provide cover for pre-existing medical conditions.
 - ข้าพเจ้าตกลงปฏิบัติตามข้อตกลง และเงื่อนไขของกรมธรรม์นี้ และยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลถูกต้อง I/We agree to abide with the terms and conditions of this policy and confirm that the above information is correct.
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าค่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอ มาตามข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้นนี้ ได้เสนอราคาโดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าในขณะ ที่เดินทางภายในประเทศไทย และ/หรือประเทศที่ระบุไว้ข้างต้น หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้ง ความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ขอเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษา พยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่าย ของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ All the above statements are true and complete to the best of my/our knowledge and belief and I/we understand that the company, believing them to be such, will rely on them. I/We further understand that the premiums quoted above, or elsewhere, unless otherwise advised by Pacific Cross Health Insurance PCL. are quoted in respect of me and my family being visitors in Thailand and countries where indicated above. I/We do hereby appoint Pacific Cross Health Insurance PCL. as the Attorney-in-face to request copies or any kind of information regarding my/our health records or health condition from any physician, health care provider, or any organization on my/our behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

ชื่อและรหัสตัวแทน หรือนายหน้า (Broker/Agent's Name & Code)

Name	Code
------	------

.....
ลงลายมือชื่อผู้สมัคร (Applicant's Signature)

วันที่ (Date).....เดือน(Month)..... ปี(Year).....



A member of the Pacific Cross Group of Companies

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด(มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์ด์สแควร์
ชั้น 21 ห้อง 21-01
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทร: 02 401 9189
แฟกซ์: 02 401 9187
อีเมล: contactus@th.pacificcrosshealth.com

Pacific Cross Health Insurance PCL
152 Chartered Square Building
21st Floor, Room 21-01
North Sathorn Road, Silom
Bangrak, Bangkok 10500

Tel: +662 401 9189
Fax: +662 401 9187
Email: contactus@th.pacificcrosshealth.com



Scan here to get
quick assistance