

เอกสารสรุปข้อกำหนดและเงื่อนไขทั่วไป ข้อตกลงคุ้มครอง และข้อยกเว้น
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”

SUMMARY OF HEALTH & ACCIDENT
INSURANCE POLICY “LIFESTYLE SERIES”

สารบัญ

หมวดที่ 1 คำจำกัดความ	2
หมวดที่ 2 เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด	5
หมวดที่ 3 ข้อยกเว้นทั่วไป	11
หมวดที่ 4 ข้อตกลงคุ้มครอง	13
ข้อตกลงคุ้มครองการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน)	13
ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด	16
ข้อตกลงคุ้มครองการดูแลโดยแพทย์	17
ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก)	17
ข้อตกลงคุ้มครอง (อ.บ.1) การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	19
หมวดที่ 5 เอกสารแนบท้าย	21
เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร	22
เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองการรักษาด้านทันตกรรม	23
เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองการตรวจตา การวัดค่าสายตา และความสามารถในการมองเห็น	25
เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และค่าวิยะเทียมแบบถาวร	26
เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครองการจับจีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	28

CONTENTS

Category 1 Definitions	31
Category 2 General Terms and Conditions	33
Category 3 General Exclusions	38
Category 4 Coverage Agreement	40
Coverage Agreement for Hospitalization in a Hospital or Medical Center (In-Patient)	40
Coverage Agreement for Expenses for Surgical Care	42
Coverage Agreement for Physician's Care	43
Coverage Agreement for Non-Admission in a Hospital or Medical Center (Out-Patient)	43
Coverage Agreement P.A.1. for Loss of Life, Loss of Organs, Loss of Sight or Total Permanent Disability	44
Category 5 Insurance Endorsements	46
Insurance Endorsement Extended to Cover Pregnancy and Child Delivery	47
Insurance Endorsement Extended to Cover Dentistry	48
Insurance Endorsement Extended to Cover Visual Examination, Visual Acuity and Eyesight	49
Insurance Endorsement Extended to Cover Medical Devices and Artificial Organs	50
Insurance Endorsement Extended to Cover Motorcycle	51

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีย”

โดยการซื้อถือข้อแถลงในใบคำขอเอาประกันภัยซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทน เบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระ ภายใต้ข้อบังคับเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด เงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น และเอกสารแนบท้ายแห่งกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทฯ ให้สัญญาแก่ผู้ได้รับความคุ้มครองดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 คำจำกัดความ

ถ้อยคำและคำบรรยายซึ่งมีความหมายเฉพาะที่ได้ให้ไว้ในส่วนใดก็ตามของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้ถือว่ามีความหมายเดียวกันทั้งหมดไม่ว่าจะปรากฏในส่วนใดก็ตาม เว้นแต่จะได้อธิบายกำหนดเป็นอย่างอื่นในกรมธรรม์ประกันภัยนี้

บริษัท	หมายถึง	บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
กรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ตารางกรมธรรม์ประกันภัย ตารางผลประโยชน์ เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น ข้อกำหนดเอกสารแนบท้าย ข้อระบุพิเศษ ข้อรับรอง และใบสลักหลังกรมธรรม์ประกันภัย ใบรับรองการต่ออายุ และเอกสารสรุปสาระสำคัญตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งแห่งสัญญาประกันภัย
ผู้เอาประกันภัย	หมายถึง	บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรมธรรม์ประกันภัยนี้
ผู้อยู่ในอุปการะ	หมายถึง	ผู้ที่อยู่ในความอุปการะของผู้เอาประกันภัย และได้ระบุชื่อไว้ในเอกสารแนบตารางกรมธรรม์ประกันภัยหรือเอกสารแนบท้าย ได้แก่ 1) คู่สมรสของผู้เอาประกันภัย ที่มีอายุไม่เกิน 99 ปีบริบูรณ์ 2) บุตรตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัยหรือของคู่สมรสที่มีอายุตั้งแต่ 15 วัน แต่ไม่เกิน 23 ปีบริบูรณ์ ยังมีได้สมรส และกำลังศึกษาอยู่
ผู้ได้รับความคุ้มครอง	หมายถึง	ผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้อยู่ในอุปการะของผู้เอาประกันภัยเฉพาะบุคคลที่ระบุชื่อไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยนี้
อุบัติเหตุ	หมายถึง	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันจากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลที่ผู้ได้รับความคุ้มครองมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง
การบาดเจ็บ	หมายถึง	การบาดเจ็บทางร่างกาย อันเป็นผลโดยตรงจากอุบัติเหตุซึ่งเกิดขึ้นโดยเอกเทศและโดยอิสระจากเหตุอื่น
การเจ็บป่วย	หมายถึง	อาการ ความผิดปกติ การป่วยไข้หรือการเกิดโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ได้รับความคุ้มครอง
แพทย์	หมายถึง	ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากแพทยสภาและได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมในท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์หรือทางด้านศัลยกรรม
ทันตแพทย์	หมายถึง	ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากทันตแพทยสภา และได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพสาขาทันตกรรมในท้องถิ่นที่ให้บริการ
ทันตกรรม	หมายถึง	การกระทำที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย การบำบัด หรือการป้องกันโรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร รวมทั้งการกระทำทางศัลยกรรม และการกระทำใด ๆ ในการบำบัดบูรณะ และฟื้นฟูสภาพของอวัยวะในช่องปาก ขากรรไกร กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร และการทำฟันในช่องปาก

ทันตกรรมประดิษฐ์	หมายถึง	ทันตกรรมสาขาหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบูรณะ การดูแลรักษาฟันธรรมชาติ และ/หรือ ทดแทนฟัน อวัยวะของช่องปากและกระดูกโอบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร ด้วยอวัยวะเทียมหรือสิ่งประดิษฐ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพปกติ ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสวยงาม
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค	หมายถึง	แพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตร หรือวุฒิบัตรจากแพทยสภา หรือสถาบันเทียบเท่าและไม่ใช่แพทย์เจ้าของไข้ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ดูแลหรือรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้
ศัลยแพทย์	หมายถึง	บุคคลซึ่งได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาหรือองค์กรวิชาชีพที่เทียบเท่ากันด้านการผ่าตัด และให้การบำบัดรักษาภายในอาณาเขตที่บุคคลนั้นได้รับอนุญาต
พยาบาล	หมายถึง	ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพพยาบาลตามกฎหมาย
ค่าบริการพยาบาล	หมายถึง	ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมคิดเป็นประจำสำหรับการให้บริการ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ให้การบริการผู้ได้รับความคุ้มครองขณะที่เป็นผู้ป่วยใน
ผู้ป่วยใน	หมายถึง	ผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลเวชกรรมติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์และในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยนั้น ๆ และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วต่อมาเสียชีวิต ก่อนครบ 6 ชั่วโมง
ผู้ป่วยนอก	หมายถึง	ผู้ที่รับบริการอันเนื่องจากการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกหรือในห้องรักษาฉุกเฉินของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิกซึ่งไม่มีความจำเป็นตามข้อวินิจฉัยและข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ในการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน
โรงพยาบาล	หมายถึง	สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและมีองค์ประกอบทางด้านสถานที่ที่มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอตลอดจนการจัดการให้บริการที่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีห้องสำหรับการผ่าตัดใหญ่ และได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนดำเนินการเป็นโรงพยาบาลตามกฎหมายสถานพยาบาลของอาณาเขตนั้น ๆ
สถานพยาบาลเวชกรรม	หมายถึง	สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนดำเนินการเป็นสถานพยาบาลเวชกรรมตามกฎหมายของอาณาเขตนั้น ๆ
คลินิก	หมายถึง	สถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย ดำเนินการโดยแพทย์ทำการรักษาพยาบาล ตรวจวินิจฉัยโรค และไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนได้
มาตรฐานทางการแพทย์	หมายถึง	หลักเกณฑ์หรือแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นสากล และนำมาซึ่งแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามความจำเป็นทางการแพทย์ และสอดคล้องกับข้อสรุปจากประวัติการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การตรวจพบ ผลการชันสูตร หรืออื่น ๆ (ถ้ามี)
ความจำเป็นทางการแพทย์	หมายถึง	การบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่มีเงื่อนไขดังนี้ 1) ต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาตามภาวะการบาดเจ็บการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ 2) ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อย่างชัดเจนตามมาตรฐานเวชปฏิบัติปัจจุบัน 3) ต้องมิใช่เพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ หรือของครอบครัวผู้รับบริการ หรือของผู้ให้บริการรักษาพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว และ 4) ต้องเป็นการบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมตามความจำเป็นของภาวะการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยของผู้รับบริการนั้น ๆ

แพทย์ทางเลือก	หมายถึง	การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลหรือการป้องกันโรคโดยวิธีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือวิธีการอื่น ๆ ที่มีใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน
แพทย์แผนไทย	หมายถึง	กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้ หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนา สืบต่อกันมา
การเข้าพักรักษาตัว ครั้งใดครั้งหนึ่ง	หมายถึง	การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม เพื่อการรักษาในฐานะ ผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง และให้รวมถึงการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถาน พยาบาลเวชกรรมสองครั้งหรือมากกว่า ด้วยสาเหตุหรือโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเดียวกัน โดยที่ระยะเวลาการต้องอยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม แต่ละครั้งห่างกันไม่เกินกว่า 90 วัน นับแต่การรักษาครั้งสุดท้ายและสำหรับผู้ป่วยนอก ไม่เกินกว่า 14 วัน นับแต่การรักษาครั้งสุดท้ายก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าพักรักษาตัว ครั้งเดียวกันด้วย
การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน	หมายถึง	การรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์ สำหรับบรรเทาการบาดเจ็บหรือ การเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถคาดหมายล่วงหน้าได้ และต้องเป็นการให้การรักษา โดยฉับพลันทันที ซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่า ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาล เช่นว่านั้นอาจเป็นเหตุให้เกิดการทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิตได้
วิสัญญีแพทย์	หมายถึง	แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิสัญญีวิทยา และเป็นผู้ที่มีใบอนุญาตหรือขึ้นทะเบียน เพื่อประกอบวิชาชีพด้านวิสัญญีวิทยาอย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ ของประเทศที่ตนประกอบวิชาชีพนี้
ภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด	หมายถึง	ความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อถือกำเนิด
สภาพที่เป็นมาก่อน การเอาประกันภัย	หมายถึง	โรค (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัยก่อน วันที่ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะมีผลบังคับ ซึ่งมีนัยสำคัญเพียงพอ ที่ทำให้บุคคลทั่วไปพึงแสวงหาการวินิจฉัยดูแล หรือรักษา หรือทำให้แพทย์พึงให้การ วินิจฉัย ดูแล หรือรักษา
เอดส์ (AIDS)	หมายถึง	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ซึ่งเกิดจากการ ติดเชื้อไวรัสเอดส์และให้หมายความรวมถึงการติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาสเนื่องอกร้ายแรง (Malignant Neoplasm) หรือการติดเชื้อ หรือ การเจ็บป่วยใด ๆ ซึ่งโดยผลการตรวจเลือด แสดงเป็นเลือดบวกของไวรัส HIV (Human Immuno Deficiency Virus) การติดเชื้อ จุลชีพฉวยโอกาสให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเฉพาะเชื้อที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมหรือปอด อักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia) เชื้อที่ทำให้เกิดโรคคลุ้มไส้อักเสบหรือเรื้อรัง (Organism Or Chronic Enteritis) เชื้อไวรัส (Virus) และ/หรือเชื้อราที่แพร่กระจายอยู่ ทั่วไป (Disseminated Fungi Infection) เนื่องอกร้ายแรง (Malignant Neoplasm) ให้รวม ถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะเนื้องอก (Kaposi's Sarcoma) เนื้องอกเซลล์น้ำเหลืองที่ระบบศูนย์ ประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System Lymphoma) และ/หรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ ซึ่งเป็นที่รู้จักในปัจจุบันนี้ว่าเป็นอาการของภูมิคุ้มกันบกพร่อง(Acquired Immune Deficiency Syndrome) หรือซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้คนที่เป็นเสียชีวิตอย่างกะทันหัน เจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) ให้รวมถึงเชื้อไวรัส HIV (Human Immuno Deficiency Virus) โรคที่ทำให้เยื่อสมองเสื่อม (Encephalopathy Dementia) และการระบาดของเชื้อไวรัส

ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร	หมายถึง	ค่ารักษาพยาบาล และ/หรือค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับการให้บริการที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือคลินิกเรียกเก็บกับผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก ซึ่งผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการรักษา
ความรับผิดชอบแรก	หมายถึง	ความเสียหายส่วนแรกที่ผู้ได้รับความคุ้มครองต้องรับภาระตามข้อตกลงของสัญญาประกันภัย
ค่าใช้จ่ายร่วม	หมายถึง	ความรับผิดชอบระหว่างบริษัทประกันภัยและผู้ได้รับความคุ้มครองที่ต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันจะพึงจ่ายตามจำนวนเงินผลประโยชน์ภายหลังหักจำนวนความรับผิดชอบแรก (ถ้ามี)
การก่อการร้าย	หมายถึง	การกระทำซึ่งใช้กำลังหรือความรุนแรงและ/หรือมีการข่มขู่โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดไม่ว่าจะเป็นการกระทำเพียงลำพัง การกระทำการแทนหรือที่เกี่ยวข้องกับองค์กรใดหรือรัฐบาลใดซึ่งกระทำเพื่อผลทางการเมือง ศาสนา ลัทธินิยมหรือจุดประสงค์ที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งเพื่อต้องการส่งผลให้รัฐบาล และ/หรือสาธารณชนหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของสาธารณชนตกอยู่ในภาวะตื่นตระหนกหวาดกลัว
ปีกรรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ระยะเวลาหนึ่งปีนับแต่วันที่กรรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ หรือนับแต่วันครบรอบปีกรรมธรรม์ประกันภัยปีต่อ ๆ ไป

หมวดที่ 2 เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด

1. สัญญาประกันภัย

สัญญาประกันภัยนี้เกิดขึ้นจากการที่บริษัทเชื่อถือข้อแถลงของผู้ได้รับความคุ้มครองในใบคำขอเอาประกันภัย และในใบแถลงสุขภาพและข้อแถลงเพิ่มเติม (ถ้ามี) ที่ผู้ได้รับความคุ้มครองลงลายมือชื่อไว้เป็นมูลฐานในการตกลงรับประกันภัยตามสัญญาประกันภัย บริษัทจึงได้ออกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ไว้ให้

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองรู้อยู่แล้ว แต่แถลงข้อความอันเป็นเท็จในข้อแถลงตามวรรคหนึ่ง หรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริงใดแต่ปกปิดข้อความจริงนั้นไว้โดยไม่แจ้งให้บริษัททราบ ซึ่งถ้าบริษัททราบข้อความจริงนั้น ๆ อาจจะได้แจ้งใจบริษัทให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีก หรือบอกปิดไม่ยอมทำสัญญาประกันภัย สัญญาประกันภัยนี้จะตกเป็นโมฆะ ตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้

บริษัทจะไม่ปฏิเสธความรับผิดชอบโดยอาศัยข้อแถลงนอกเหนือจากที่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้แถลงไว้ในเอกสารตามวรรคหนึ่ง

2. การไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

บริษัทจะไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยนี้ เมื่อกรรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับมาเป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันที่กรรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ เว้นแต่การขาดชำระเบี้ยประกันภัย

ในกรณีที่บริษัทได้ทราบข้อมูลอันจะบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ แต่มิได้ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยภายในกำหนด 1 เดือนนับแต่ทราบข้อมูลนั้น บริษัทไม่อาจบอกล้างความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยในกรณีนี้ได้

3. การแก้ไขกรรมธรรม์ประกันภัย

การแก้ไขกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทตกลงรับการแก้ไขและจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้บันทึกแก้ไขในกรรมธรรม์ประกันภัย หรือออกเป็นเอกสารแนบท้ายหรือใบสลักหลังให้แล้ว โดยผู้มีอำนาจทำการแทนบริษัท

4. การชำระเบี้ยประกันภัยและการเริ่มความคุ้มครอง

4.1 ผู้เอาประกันภัยสามารถเลือกชำระเบี้ยประกันภัยได้ดังนี้

ก.) ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือน

ข.) ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายปี

- 4.2 เบี้ยประกันภัยวอดแรกจะถึงกำหนดชำระทันที และความคุ้มครองจะเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย หรือใบรับรองประกันภัย
- 4.3 วันที่ครบรอบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย
 - ก.) กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายเดือน ถึงกำหนดชำระ ณ วันครบรอบรายเดือนของแต่ละเดือนนั้น ๆ
 - ข.) กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปี จะถึงกำหนดชำระ ณ วันสิ้นสุดความคุ้มครองตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยหรือใบรับรองประกันภัย
- 4.4 การชำระเบี้ยประกันภัยวอดแรกในปีต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน 30 วัน นับจากวันสิ้นสุดความคุ้มครองในปีก่อนหน้า และให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยในปีต่ออายุนั้นเป็นความคุ้มครองต่อเนื่อง
- 4.5 หากผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับงวดถัดไปภายในระยะเวลาผ่อนผัน 30 วัน นับจากวันที่ครบรอบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย ให้ถือว่าคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระมาแล้วของงวดนั้นสามารถซื้อความคุ้มครองได้
- 4.6 ในกรณีที่มิเหตุเรียกร้องผลประโยชน์ภายในระยะเวลาผ่อนผันหรืออยู่ในระหว่างการเรียกร้องเบี้ยประกันภัยในงวดใด และผู้เอาประกันภัยยังมีได้ชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทจะหักเบี้ยประกันภัยของงวดนั้น ออกจากจำนวนเงินผลประโยชน์ซึ่งบริษัทจะต้องจ่ายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และหากยังมีเบี้ยประกันภัยค้างชำระเหลืออยู่อีกเป็นจำนวนเท่าใดให้นำเอาข้อ 4.5 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

5. การแถลงอายุหรือเพศคลาดเคลื่อน

ถ้ามีการแถลงอายุ หรือเพศของผู้ได้รับความคุ้มครองคลาดเคลื่อนจากความจริง ทำให้

- 5.1 บริษัทได้รับเบี้ยประกันภัยน้อยกว่าที่กำหนด จำนวนเงินผลประโยชน์ที่จะได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะเท่ากับจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระแล้วนั้น อาจซื้อความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ตามอายุและเพศที่ถูกต้องแท้จริง หากอายุหรือเพศของผู้ได้รับความคุ้มครองที่ถูกต้องแท้จริงนั้น ไม่อาจได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้แล้ว บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ใด ๆ ให้แต่ละคืนเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ชำระแล้ว
- 5.2 บริษัทได้รับเบี้ยประกันภัยเกินกว่าอัตราที่กำหนด บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยในส่วนที่เกินให้แก่ผู้เอาประกันภัยอย่างไรก็ตามบริษัทจะไม่นำเงินนี้ไปบังคับใช้เพื่อการปรับเบี้ยประกันภัยย้อนหลังสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยในปีกรมธรรม์ประกันภัยที่ผ่านไปแล้ว

6. การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

- 6.1 กรมธรรม์ประกันภัยนี้อาจต่ออายุต่อเนื่องได้ จนถึงรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 99 ปี โดยไม่ต้องแสดงหลักฐาน อย่างไรก็ตามในกรณีที่บริษัทยินยอมให้มีการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทยังคงไว้ซึ่งสิทธิใน
 - 6.1.1 การปรับอัตราเบี้ยประกันภัยให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงภัยและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ได้รับความคุ้มครอง และ
 - 6.1.2 การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย เงื่อนไขผลประโยชน์ความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยในปีที่ต่ออายุได้ตามความจำเป็น
- 6.2 บริษัทอาจปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ โดยกรูรแจ้งต่อผู้เอาประกันภัยทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดผลบังคับตามวันที่ระบุไว้ในตาราง
- 6.3 บริษัทต้องแจ้งให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองทราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมหรือขยายความคุ้มครองใด ๆ ของเงื่อนไขความคุ้มครอง ข้อยกเว้น เอกสารแนบท้าย หรืออื่น ๆ ที่เป็นสาระสำคัญตามกรมธรรม์ประกันภัย (และต้องแจ้งถึงสาเหตุของการปฏิเสธการต่ออายุด้วย)

7. การปรับเบี้ยประกันภัย

บริษัทจะปรับเบี้ยประกันภัยในรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยตามช่วงอายุที่เปลี่ยนไปและระดับความเสี่ยงภัยของผู้ได้รับความคุ้มครองตามอัตราที่บริษัทได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียน โดยจะแจ้งให้ผู้ได้รับความคุ้มครองทราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร

8. การเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ความคุ้มครองระหว่างปีกรมธรรม์ประกันภัยหรือเมื่อสิ้นสุดสัญญาประกันภัยแต่ละปี กรมธรรม์ประกันภัย

หากผลประโยชน์ความคุ้มครองในส่วนของผู้ได้รับความคุ้มครองรายใดภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้รับการปรับเพิ่มขึ้นสูงกว่าในขณะที่มีการประกันภัยมีผลบังคับ หรือในปีที่ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย จะมีผลบังคับในวันแรก
ของปีกรมธรรม์ถัดไปหลังจากที่บริษัทได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงประเภทของงานหรือการเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์
ความคุ้มครองของผู้ได้รับความคุ้มครอง โดยมีเงื่อนไขว่า

- 8.1 หากผู้ได้รับความคุ้มครองนั้นได้รับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยก่อนเวลาที่ผลประโยชน์ความคุ้มครองได้ปรับเพิ่ม
จำนวนเงิน ผลประโยชน์สูงสุดที่จะได้รับจากการรักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นก่อนการ
ปรับเพิ่มผลประโยชน์ ความคุ้มครองจะไม่เกินกว่าจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดเดิมก่อนที่ผลประโยชน์ความคุ้มครอง
จะได้รับการปรับเพิ่ม
- 8.2 หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับความคุ้มครองจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยตามผลประโยชน์ความคุ้มครองเดิม
ไปแล้ว รวมถึงภาวะที่เป็นมาก่อนการปรับเพิ่มผลประโยชน์ความคุ้มครอง จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุด ที่ได้รับ
จะไม่เกินกว่าจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดเดิมก่อนที่ผลประโยชน์ความคุ้มครองจะได้รับการปรับเพิ่ม

อนึ่ง ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์อักษรในการเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ความคุ้มครอง และบริษัท
ตกลงยินยอมรับประกันภัยดังกล่าว

9. การสิ้นสุดความคุ้มครอง

- 9.1 ความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จะสิ้นสุดเมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง
เกิดขึ้นดังต่อไปนี้ แล้วแต่เหตุการณ์ใดจะเกิดขึ้นก่อน
 - 9.1.1 ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดผลบังคับตั้งที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย หรือ ณ วันที่ครบรอบ
ปีกรมธรรม์ประกันภัยและไม่มีต่อการอายุ
 - 9.1.2 ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดผลบังคับตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับปีที่
ผู้เอาประกันภัย มีอายุครบ 99 ปีบริบูรณ์
 - 9.1.3 เมื่อผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยตามเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดข้อ 4
 - 9.1.4 เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต
 - 9.1.5 เมื่อผู้เอาประกันภัยถูกจองจำอยู่ในเรือนจำทัณฑสถาน

สำหรับการสิ้นสุดความคุ้มครอง จากสาเหตุที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามข้อ 9.1.4 หรือข้อ 9.1.5 บริษัทจะคืนเบี้ย
ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้
ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

- 9.2 ความคุ้มครองแต่ละหมวดภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะสิ้นสุดเมื่อบริษัทได้จ่ายผลประโยชน์ตามจำนวนเงิน
ผลประโยชน์สูงสุดที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยของหมวดนั้น ๆ ครบถ้วนแล้ว โดยบริษัทจะให้ความ
คุ้มครองต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาเอาประกันภัย เฉพาะจำนวนเงินผลประโยชน์ของความคุ้มครองอื่นที่เหลืออยู่เท่านั้น
- 9.3 กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และการประกันภัยทั้งหลายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะสิ้นสุดในเวลา 24.00 น. ตามเวลา
ประเทศไทยในวันที่สิ้นสุดของกรมธรรม์ประกันภัย

10. การทำให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมา มีผลบังคับใหม่ (Reinstatement)

หากความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สิ้นสุดลงด้วยเหตุว่าผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุภายใน
ระยะเวลาที่กำหนด ผู้เอาประกันภัยอาจขอให้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้กลับมา มีผลบังคับใหม่ภายใน 90 วัน นับจากวันที่
ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย โดยความยินยอมของบริษัท และจะไม่มี การนำเงื่อนไขทั่วไป ข้อ 19 เรื่องสภาพที่เป็นมาก่อน
การเอาประกันภัย และข้อ 20 ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) มาเริ่มนับใหม่

ทั้งนี้ความคุ้มครองสำหรับการบาดเจ็บ จะเริ่มต้นทันที ณ วันที่ บริษัทยินยอมให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมา มีผลบังคับ
ใหม่ และความคุ้มครองสำหรับการเจ็บป่วย จะเริ่มต้นหลังจากวันที่บริษัทยินยอมให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมา มีผลบังคับ
ใหม่แล้วเป็นเวลา 10 วัน

11. การตรวจสอบทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการ
ประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัท ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

12. การแจ้งและการเรียกร้อง

ผู้ได้รับความคุ้มครอง หรือตัวแทนของผู้ได้รับความคุ้มครองแล้วแต่กรณี จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ที่อาจเป็นเหตุแห่งการเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โดยไม่ชักช้า

ในกรณีที่มีการเสียชีวิตต้องแจ้งบริษัททราบในทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุจำเป็นอันสมควรจึงไม่อาจแจ้งให้บริษัททราบ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว แต่ได้แจ้งโดยเร็วที่สุดที่จะกระทำได้แล้ว

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลนอกอาณาเขตประเทศไทย การเข้ารับรักษาพยาบาลในครั้งนั้นจะต้องได้รับความเห็นชอบจากบริษัท หรือตัวแทนผู้ให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินก่อนเสมอ

13. การส่งหลักฐานการเรียกร้อง

13.1 การเรียกร้องการรักษาพยาบาล

ในกรณีการเรียกร้องผลประโยชน์จากการรักษาพยาบาลผู้ได้รับความคุ้มครองหรือตัวแทนของผู้ได้รับความคุ้มครองแล้วแต่กรณีจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน

โดยให้ส่งหลักฐานข้างต้นภายใน 30 วันนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือวันที่รับการรักษาจากคลินิก ใบเสร็จรับเงินต้องเป็นใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้ได้รับความคุ้มครองไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยรายอื่น แต่หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐหรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว อนุโลมให้ผู้ได้รับความคุ้มครองส่งสำเนาใบเสร็จที่มีการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัทได้

13.2 การเรียกร้องกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ

ผู้ได้รับความคุ้มครองหรือผู้รับประกันภัย จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่เสียชีวิตโดยค่าใช้จ่ายของผู้รับประกันภัย

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. ใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)
3. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน (กรณีเสียชีวิต)
4. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเสียชีวิต)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประกันภัย (กรณีเสียชีวิต)
7. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรหรือสูญเสียอวัยวะและรูปถ่าย (ถ้ามี)
8. เอกสารอื่น ๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ในกรณีที่มีข้อสงสัยและต้องการเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา)

13.3 การเรียกร้องในกรณีการเดินทางไปต่างประเทศ

ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่สิ้นสุดการเดินทางในแต่ละครั้ง

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง
3. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ
4. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน
5. รายงานของสายการบิน (ในกรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในเรื่อง การล่าช้าของการเดินทาง)
การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าวจะถือว่าผู้เอาประกันภัยสละสิทธิในการเรียกร้องสินไหมทดแทน

14. การจ่ายผลประโยชน์

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์ ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควรภายในกำหนดระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้วให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง หรือในกรณีที่ได้รับความสะดวกหรือในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต บริษัทตกลงจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทจ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้อีกตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับจากวันที่บริษัทได้รับหลักฐานความเสียหายครบถ้วนแล้ว

กรณีผู้ได้รับความคุ้มครองรักษาพยาบาลนอกประเทศไทยตามข้อตกลงความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทตกลงจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์โดยใช้อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศตามวันวันที่ระบุไว้ในใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ทั้งนี้หากบริษัทไม่อาจจ่ายผลประโยชน์ให้แล้วเสร็จได้ภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบใช้ดอกเบี้ยให้อีกในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี ของจำนวนเงินที่ต้องจ่าย ทั้งนี้ นับจากวันที่ครบกำหนดชำระ

15. การเปลี่ยนแปลงผู้เอาประกันภัย (Change Policy Owner)

กรณีที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดลงเนื่องจากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตหรือด้วยเหตุอื่นใด ๆ ก็ตาม คู่สมรสหรือบุตรที่อยู่ในอุปการะ อาจขอให้กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับต่อเนื่อง โดยขอเปลี่ยนเป็นผู้เอาประกันภัยในกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ ภายใน 90 วัน นับแต่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดลง

16. สิทธิการขอเอาประกันภัยของผู้ที่อยู่ในอุปการะ

หากคู่สมรสของผู้เอาประกันภัยขาดคุณสมบัติเนื่องจากการหย่า หรือ บุตรของผู้เอาประกันภัย ขาดคุณสมบัติเนื่องจากมีอายุเกินกว่า 20 ปี หรือสมรส คู่สมรสหรือบุตรของผู้เอาประกันภัย อาจยื่นคำขอเอาประกันภัยให้มีผลบังคับต่อเนื่อง โดย

บริษัทจะคุ้มครองต่อเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัยเดิม และบริษัทจะไม่นำเงื่อนไขทั่วไป ข้อ 2 เรื่องการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย ข้อ 19 เรื่องสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และข้อ 20 เรื่องระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง มาเริ่มต้นบังคับใหม่ โดยมีเงื่อนไขว่า

16.1 ได้ยื่นขอเอาประกันภัยภายใน 90 วันนับแต่วันที่ขาดคุณสมบัติการเป็นผู้ที่อยู่ในอุปการะ

16.2 จำนวนเงินผลประโยชน์ไม่เกินกว่าจำนวนเงินผลประโยชน์เดิม

17. การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

17.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ด้วยการบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่น้อยกว่า 30 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้ได้รับความคุ้มครอง ตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ

17.1.1 การชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายเดือน กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติในวันสุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระมาแล้วของรายเดือน ที่ผู้เอาประกันภัยได้เลือกชำระแบบรายเดือนไว้สามารถซื้อความคุ้มครองได้ โดยบริษัทจะไม่คืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

17.1.2 การชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปี บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

17.2 ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โดยการบอกกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรถึงบริษัท

17.2.1 การชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายเดือน กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติในวันสุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระมาแล้วของงวดนั้นสามารถซื้อความคุ้มครองได้ โดยบริษัทจะไม่คืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

17.2.2 การชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปี บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้ว ออกตามอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้นตามตารางที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

ตารางอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น

ระยะเวลาประกันภัย (ไม่เกิน/เดือน)	ร้อยละของเบี้ยประกันภัยเต็มปี
1	15
2	25
3	35
4	45
5	55
6	65
7	75
8	80
9	85
10	90
11	95
12	100

การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยตามเงื่อนไขในข้อนี้ไม่ว่าจะกระทำโดยฝ่ายใดก็ตามต้องเป็นการบอกเลิกทั้งฉบับเท่านั้น ไม่สามารถเลือกยกเลิกเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองข้อใดข้อหนึ่งได้ ทั้งนี้ หากบริษัทได้خذใช้ค่าสินไหมทดแทนเกินกว่าเบี้ยประกันภัยที่ได้รับ จะไม่มีการคืนเบี้ยประกันภัย

18. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่มีข้อพิพาทข้อขัดแย้งหรือข้อเรียกร้องใด ๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทและหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้น โดยวิธีอนุญาโตตุลาการบริษัทตกลงยินยอมและให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

19. สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition)

บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ สำหรับโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ที่ยังมีได้รักษาให้หายก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก เว้นแต่

- 19.1 ผู้ได้รับความคุ้มครองได้แถลงให้บริษัททราบและบริษัทยินยอมรับความเสี่ยงภัยโดย ไม่มีเงื่อนไขยกเว้นความคุ้มครองดังกล่าว หรือ
- 19.2 กรมธรรม์ประกันภัยนี้ มีผลบังคับต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) นั้น ไม่ปรากฏอาการ ไม่ได้รับการตรวจรักษาหรือวินิจฉัยโดยแพทย์หรือไม่ได้พบหรือปรึกษาแพทย์ ในระยะ 5 ปีก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก

20. ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period)

- 20.1 บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สำหรับการเจ็บป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน หลังจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัย มีผลบังคับเป็นครั้งแรกตามที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ความคุ้มครองกรณีอุบัติเหตุจะเริ่มต้น ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรกตามที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย
- 20.2 บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สำหรับการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน หลังจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรก
 - 20.2.1 เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด
 - 20.2.2 ริดสีดวงทวาร
 - 20.2.3 ไข้เลือดออกทุกชนิด
 - 20.2.4 ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก
 - 20.2.5 การตัดทอนซิล หรืออดีนอยด์

- 20.2.6 นีวทุกชนิด
- 20.2.7 เส้นเลือดขอด
- 20.2.8 เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่

21. การรักษานอกประเทศไทย

กรณีผู้ได้รับความคุ้มครอง รักษาพยาบาลนอกประเทศไทยตามข้อตกลงคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย โดยจำนวนเงินผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ และความรับผิดชอบแรก (ถ้ามี) ใช้อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศตามวันที่ที่ระบุไว้ในใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล

22. การคุ้มครองทารกแรกเกิดฟรี (Free Newborn Child)

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส ได้เอาประกันภัยไว้ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ทารกแรกเกิดของผู้เอาประกันภัยซึ่งเกิดในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ มีผลบังคับมาแล้วไม่น้อยกว่า 280 วันนับแต่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับเป็นครั้งแรก จะได้รับความคุ้มครองเท่ากับผู้เอาประกันภัย โดยที่ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่ม แต่ผู้เอาประกันภัยจะต้องกรอกใบสมัครพร้อมแนบสำเนาสูติบัตรของทารกแรกเกิดมาแจ้งต่อบริษัท ซึ่งความคุ้มครองดังกล่าวจะเริ่มเมื่อทารกมีอายุครบ 15 วันและไม่ได้กำลังอยู่รักษาในโรงพยาบาล จนถึงวันสิ้นสุดความคุ้มครองตามปีกรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรสมีความคุ้มครองที่แตกต่างกัน ทารกจะได้รับความคุ้มครองตามความคุ้มครองของผู้ได้รับความคุ้มครองที่ต่ำกว่า แต่ทั้งนี้ความคุ้มครองของทารก ขึ้นอยู่กับการพิจารณารับประกันภัยของบริษัท

หากผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ที่จะให้ทารกแรกเกิดได้รับความคุ้มครองต่อเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัยเดิม ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดผลบังคับ ตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยจะต้องชำระเบี้ยประกันภัยของทารกแรกเกิดนั้นตามอัตราเบี้ยประกันภัยปกติของบริษัท

23. เงื่อนไขบังคับก่อน

บริษัทอาจจะไม่รับผิดชอบใช้ผลประโยชน์ตามเงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครองนี้ เว้นแต่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดครบถ้วนตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย

24. สกุดเงินตรา

เบี้ยประกันภัยและผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงจ่ายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะจ่ายเป็นสกุลเงินตราของประเทศไทย

หมวดที่ 3 ข้อยกเว้นทั่วไป

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน) อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่เกิดจาก

1. โรคเรื้อรังการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่ยังมิได้รับการรักษาให้หายก่อนวันทำสัญญาประกันภัย (รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจมีขึ้นภายหลัง) หรือสามารถพิสูจน์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองแล้วว่า มีระยะเวลาก่อตัวของโรคก่อนวันทำประกันภัย การตรวจรักษาภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด (Birth Defect or Congenital anomalies and abnormalities) โรคเรื้อรัง ภาวะการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนวันได้รับความคุ้มครอง (รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจมีขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำในภายหลังด้วย) การเจริญเติบโตผิดปกติ ปัญหาด้านพัฒนาการ ปัญหาที่เป็นผลสืบเนื่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ไล่เดือนในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี การผ่าตัดหนังหุ้มปลายองคชาต (Circumcision) การผ่าตัดกระดูกสันหลังคด (Scoliosis) การผ่าตัดผนังกันช่องจมูกคด (Deviate nasal septum)
2. การรักษาเพื่อให้อวัยวะ การผ่าตัดเพื่อปรับโครงสร้าง การแก้ไขปัญหาผิวพรรณ ลิว ฝ้า กระ รังแค แผลเป็น ผมหงอก ภาวะน้ำหนักน้อย หรือน้ำหนักเกิน การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย การผ่าตัดอวัยวะที่มีลักษณะเลือกได้ การผ่าตัดตกแต่ง (Cosmetic surgery) เว้นแต่การผ่าตัดนั้นจำเป็นเพื่อซ่อมแซมให้อวัยวะดังกล่าวสามารถกลับมาใช้งานได้อย่างปกติดั้งเดิม โดยต้องมีสาเหตุจากอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครองและทำให้เกิดความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะอื่นใดที่ไม่ใช่อวัยวะเพศ หรือเต้านม

3. การแก้ไขปัญหาการมีบุตรยาก (รวมถึงการสืบวิเคราะห์และการรักษา) การทำหมันหรือการคุมกำเนิด
4. โรคเอดส์ หรือกามโรค หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือภาวะใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์
5. การตรวจรักษา การป้องกัน การปรึกษาการใช้ยา หรือสารต่าง ๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของวัย การรักษาภาวะสมองเสื่อม อัลไซเมอร์ การให้ฮอร์โมนทดแทนในวัยใกล้หมดหรือหมดระดู การรักษาภาวะกระดูกพรุน การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในหญิง หรือชาย การรักษาความผิดปกติทางเพศ การแปลงเพศ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับ วิตามิน แร่ธาตุ อาหารเสริม นมสำเร็จรูป การใช้จ่ายที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐบาลที่เป็นหน่วยงานในการควบคุมดูแลในประเทศที่ซึ่งมีयाตั้งกล่าวจำหน่าย หรือยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาของประเทศนั้น ๆ ยาพิเศษที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเตรียมขึ้นโดยไม่ได้แจ้งรายละเอียดของส่วนประกอบของตัวยา
6. การตรวจสุขภาพทั่วไป การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือร้องขอการผ่าตัด การพักผ่อน หรือการพักเพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉย ๆ การตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุใด ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือคลินิก การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย การรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ ซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์ การทดสอบภูมิแพ้ทุกชนิดรวมถึงการทดสอบการขาดวิตามินหรือแร่ธาตุ
7. การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา และกล้ามเนื้อตา การทำเลสิก ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็นหรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็นการตรวจรักษา หรือการผ่าตัด ตาเขยง ตาเข ตาเหล่ทุกชนิด
8. การตรวจรักษาต้านทานกรรม การผ่าตัด หรือการป้องกันปัญหาโรคเหงือก โรคฟัน หรือ โรคขากรรไกร การนอนกัดฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์ การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษารากฟัน อดฟัน จัดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นขณะที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ แต่ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอม การครอบฟัน การจัดฟัน การเข้าเฝือกฟัน และการรักษา รากฟันหรือใส่รากเทียม
9. การรักษาอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน การบำบัดการติดยาเสพติดให้โทษ บุหรี่ สุรา หรือ สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
10. การตรวจวินิจฉัย การสืบวิเคราะห์ หรือ การตรวจรักษา อาการ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจ โรคทางจิตเวช ภาวะเครียด ภาวะวิตจริต ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมถึงสภาวะสมาธิสั้น ออติสซึม เครียด ความผิดปกติของการกิน หรือความวิตกกังวล
11. การตรวจรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างทดลอง การตรวจหรือการรักษาโรคหรืออาการหยุดหายใจขณะหลับ การตรวจ หรือการรักษาหรือการผ่าตัดเพื่อรักษาความผิดปกติของการนอนหลับ การนอนกรน
12. การปลูกฝีหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยกเว้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังการถูกสัตว์ทำร้าย และ วัคซีนป้องกันบาดทะยัก ภายหลังการได้รับบาดเจ็บ
13. การตรวจรักษาที่ไม่ใช่แผนปัจจุบัน รวมถึงแพทย์ทางเลือก
14. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลที่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ซึ่งเป็นแพทย์สั่งให้แก่ตัวเอง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ ผู้ซึ่งเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้ได้รับความคุ้มครอง
15. การฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามทำร้ายร่างกายตนเองไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครอง กิน ดื่ม หรือบริโภคหรือฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้จ่ายเกินกว่าที่แพทย์สั่ง
16. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นของผู้ได้รับความคุ้มครองขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
17. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนเกี่ยวข้องให้เกิดการทะเลาะวิวาท หรือการบาดเจ็บใด ๆ ที่ภายหลังที่พิสูจน์ได้ว่าเป็นผลสืบเนื่องจากเหตุทะเลาะวิวาทที่ผู้เอาประกันเข้าร่วม หรือมีส่วนเกี่ยวข้องให้เกิดการทะเลาะวิวาท
18. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครองก่ออาชญากรรมที่มีความผิดฐานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
19. การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครอง เล่น เข้าร่วม หรือแข่งกีฬา หรือกิจกรรมอันตรายทุกชนิด กีฬาสำหรับมืออาชีพ แข่งรถหรือแข่งเรือทุกประเภท ชีมน้ำ เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกี ด้วย เล่นหรือแข่งสกีตก ขกมวย กีฬาที่ต้องมีการปะทะ การยกน้ำหนัก โดดร่ม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลงหรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน การดึงพสุธา การเล่นบันจิงจัมพ์ การดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศหรือเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ และ การขับซิปหรือรถจักรยานยนต์โดยไม่มีใบอนุญาตขับขี่

20. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ได้รับความคุ้มครองกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสาร อยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
21. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ได้รับความคุ้มครองขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำในอากาศยานใด ๆ
22. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ได้รับความคุ้มครองปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม
23. สงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงคราม ไม่ว่าจะได้มีการประกาศสงครามหรือไม่ก็ตาม สงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การก่อความวุ่นวาย การปฏิวัติ การรัฐประหาร การประกาศกฎอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใด ๆ ซึ่งจะเป็นเหตุให้มีการประกาศหรือคงไว้ซึ่งกฎอัยการศึก
24. การก่อการร้าย
25. การแผ่รังสี หรือการแผ่กัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใด ๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และจากกรรมวิธีใด ๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ซึ่งดำเนินการโดยตัวตนเอง
26. การระเบิดของกัมมันตภาพรังสี หรือส่วนประกอบของนิวเคลียร์ หรือวัตถุอันตรายอื่นใดที่อาจเกิดการระเบิดในกระบวนการนิวเคลียร์ได้

หมวดที่ 4 ข้อตกลงคุ้มครอง

ขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ ภายใต้เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น และเอกสารแนบท้ายของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระบริษัทตกลงจะให้ความคุ้มครองหากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเมื่อพ้นระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง จนเป็นเหตุให้ต้องได้รับการพยาบาล บริษัทจะจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ให้ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย สำหรับข้อตกลงคุ้มครองดังต่อไปนี้

ข้อตกลงคุ้มครอง

การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน)

ขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเมื่อพ้นระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง จนเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์โดยจะต้องลงทะเบียนเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงติดต่อกัน

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ดังต่อไปนี้

1. ค่าห้อง ค่าอาหารและค่าบริการพยาบาล

1.1 ห้องผู้ป่วยปกติ

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารประจำวัน สำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอาหารทางสายยาง ค่าบริการพยาบาล และค่าบริการในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม เมื่อผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม โดยจ่ายไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินจำกัดต่อวัน หรือจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า แต่ทั้งนี้สูงสุดไม่เกิน 365 วัน ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง

1.2 ห้องผู้ป่วยหนัก

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางด้านหัวใจ (ซี.ซี.ยู.) และห้องฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอาหารทางสายยาง ค่าบริการพยาบาล และค่าบริการผู้ป่วยในรายวันในโรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลเวชกรรม ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกิน 2 เท่าของค่าห้องหรือค่าอาหารประจำวัน ทั้งนี้สูงสุดไม่เกิน 365 วัน และเมื่อรวมกับผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารประจำวันใน ข้อ 1.1 แล้วไม่เกิน 365 วัน

2. ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไป

- 2.1 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด
- 2.2 ค่าบริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิตค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต รวมค่าใช้จ่ายในการแยก จัดเตรียมและวิเคราะห์เพื่อการให้โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิต
- 2.3 ค่าบริการรถพยาบาล
ค่าบริการรถพยาบาล เพื่อเหตุผลการทางการแพทย์ตามความเป็นจริงแต่ไม่เกินวงเงินเอาประกันภัยสำหรับการ บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 2.4 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพยาธิวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ รวมค่าแพทย์อ่านผล
- 2.5 อุปกรณ์ทางการแพทย์
 - 1.) ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ นอกห้องผ่าตัด
 - 2.) ค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวช.1)
 - 3.) ค่าวัสดุ หรืออุปกรณ์ที่ใส่ติดตัวผู้ป่วย (เวช.3) ยกเว้นเครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker
- 2.6 ค่ากายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/การรักษาแบบโคโรแพรคติก/การฝังเข็ม
ค่ากายภาพบำบัด ค่ากิจกรรมบำบัด การรักษาแบบโคโรแพรคติก การฝังเข็ม โดยคำสั่งแพทย์ และค่าธรรมเนียม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ของใช้ ตามความจำเป็นทางการแพทย์โดย การทำกายภาพบำบัดดังกล่าวต้องเป็นผลต่อเนื่องโดยตรง และสอดคล้องกับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย
- 2.7 ค่าห้องผ่าตัดและอุปกรณ์
ค่าห้องผ่าตัด ค่าอุปกรณ์ห้องผ่าตัด ค่าอุปกรณ์การวางยาสลบ ค่าห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด ค่าเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัด
- 2.8 ค่าแพทย์วิสัญญี/พยาบาลวิสัญญี
ค่าบริการแพทย์และพยาบาลที่วางยาสลบหรือยชา
- 2.9 ค่าแพทย์ที่ปรึกษาทางการแพทย์ กรณีไม่มีการผ่าตัด
ค่าปรึกษาแพทย์ทางการแพทย์ตามค่าธรรมเนียมการปรึกษาแพทย์ที่ต้องจ่ายจริง ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์ สูงสุดตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย
- 2.10 ค่ายาคลับบ้าน
ค่ายาคลับบ้าน ตามความจำเป็นทางการแพทย์ไม่เกินกว่า 14 วันนับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เวชกรรม ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดของค่าห้องผู้ป่วยปกติสูงสุดต่อวัน
- 2.11 ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน
ค่ารักษาพยาบาลในกรณีฉุกเฉินเนื่องจากการบาดเจ็บ ภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งการ รักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากวันที่รับการรักษาครั้งแรกสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละ ครั้งไม่เกินจำนวนที่ต้องจ่ายจริง ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุด ตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ ประกันภัย
- 2.12 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลต่อเนื่องภายหลังการออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม
 - 1.) ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก
สำหรับการรักษาต่อเนื่องภายใน 30 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ตาม จำนวนเงินที่จ่ายไปจริง หรือจำนวนยอดเงินคงเหลือสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยนั้นในค่ารักษา พยาบาลอื่น ๆ หรือค่าบริการทั่วไป แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า
 - 2.) ค่ากายภาพบำบัดที่ต่อเนื่องจากผู้ป่วยใน
ค่ากายภาพบำบัด ผู้ป่วยนอก หลังออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมสำหรับการทำ กายภาพบำบัดที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 30 วัน ถัดจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล เวชกรรม ตามรายการดังต่อไปนี้คือค่าธรรมเนียมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ของใช้ตามความจำเป็นทางการแพทย์ โดยการทำการกายภาพบำบัดดังกล่าวต้องเป็น ผลต่อเนื่องโดยตรงและสอดคล้องกับการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยอันเป็นเหตุของการเข้ารับการรักษา พยาบาลในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมในครั้งนั้น ผลประโยชน์และจำนวน วันสูงสุดตามที่กำหนดไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย
อนึ่ง บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์ค่าวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก และค่ากายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก หลังออกจาก โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ในกรณีที่เป็นการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลใน ในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมนั้นด้วย

2.13 ค่าพยาบาลพิเศษที่บ้าน

ค่าใช้จ่ายสำหรับการพยาบาลพิเศษที่บ้านซึ่งได้รับรองโดยแพทย์ผู้รักษา และโดยความเห็นชอบของบริษัท สำหรับการพยาบาลพิเศษที่บ้านที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ที่มีความคุ้มครองตามจำนวนเงินที่จ่ายไปจริง สูงสุดไม่เกิน 30 วัน ต่อเนื่องทันที ภายหลังจากการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ต่อการบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

2.14 ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาหรือหัตถการดังต่อไปนี้ (ที่มีเคื่อยุ้รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลเวชกรรม ในฐานะผู้ป่วยใน)

- 1.) การสลายนิ่ว (ESWL : Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)
- 2.) การตรวจเส้นเลือดหัวใจโดยการฉีดสี (Coronary Angiogram/ Cardiac Catheterization)
- 3.) การผ่าตัดต่อกระจก และต้อเนื้อ (Phacoemulsification with intraocular lens implantation, Extra Capsular Cataract Extraction with Intraocular lens implantation and Pterygium)
- 4.) การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopy) ทุกชนิด
- 5.) การตรวจโดยการส่องกล้อง (Endoscopy) ทุกชนิด
- 6.) การผ่าตัด หรือเจาะไซนัส (Sinus Operations)
- 7.) การรักษาริดสีดวงทวารโดยการฉีดยาหรือผูก (Injection or Rubber Band Ligation)
- 8.) การตัดก้อนเนื้อที่เต้านม (Excision Breast Mass)
- 9.) การตัดชิ้นเนื้อจากกระดูก (Bone Biopsy)
- 10.) การตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยจากอวัยวะใด ๆ (Tissue Biopsy)
- 11.) การตัด (Amputation) นิ้วมือหรือนิ้วเท้า
- 12.) การจัดกระดูกให้เข้าที่ (Close Reduction of Fractures)
- 13.) การเจาะตับ (Liver Puncture / Liver Aspiration)
- 14.) การเจาะไขกระดูก (Bone Marrow Aspiration)
- 15.) การเจาะช่องเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Lumbar Puncture)
- 16.) การเจาะช่องเยื่อหุ้มปอด (Thoracentesis/Pleuracentesis/Thoracic Aspiration/Thoracic Paracentesis)
- 17.) การเจาะช่องเยื่อบุช่องท้อง (Abdominal Paracentesis/Abdominal Tapping)
- 18.) การขูดมดลูก (Curettage, Dilation & Curettage, Fractional Curettage)
- 19.) การตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูก (Calposcopy, Loop diathermy)
- 20.) การรักษา Bartholin's Cyst (Marsupialization of Bartholin's Cyst)
- 21.) การรักษาโรคมะเร็งรังสีแกมมา (Gamma knife)

ทั้งนี้ หากมีการผ่าตัดให้ใช้อัตราค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด ตามตารางอัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด ในข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดหรือตามจำนวนเงินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2.15 จิตเวช/โรคจิตกรณีผู้ป่วยใน

บริษัทตกลงจ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้งและระยะเวลาตลอดชีพ ตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยแล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

3. ข้อจำกัด

- 3.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การฟอกไต บริษัทจะให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงสูงสุดไม่เกินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 3.2 ผลรวมของค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับการชดเชยในหมวดที่ 1 ถึง 4 จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะข้อตกลงคุ้มครอง การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) เท่านั้น)

การประกันภัยตามสัญญาคุ้มครองนี้ ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 4.1 ยา การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่ระบุในใบรับรองแพทย์
- 4.2 เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker

- 4.3 ภายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์คงทน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง แว่นตา เลนส์ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องวัดสัญญาณชีพ (ชีพจร ความดันเลือด อุณหภูมิ) เครื่องช่วยพยุงตัวต่าง ๆ รถเข็นผู้ป่วย อวัยวะเทียม ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม
- 4.4 การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
- 4.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร

ข้อตกลงคุ้มครอง การรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด

บริษัทตกลงจะจ่ายผลประโยชน์การรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองสำหรับค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

1. ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ

บริษัทตกลงจะจ่ายค่าแพทย์ผ่าตัด แพทย์ผู้ช่วย รวมทั้งพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด ที่เรียกเก็บโดยศัลยแพทย์หรือแพทย์สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ ที่เป็นผลจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

- 1.1 สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ครั้งหนึ่งครั้งใด บริษัทตกลงจะจ่ายค่าธรรมเนียมการผ่าตัดที่เกิดขึ้นจริงหรือตามจำนวนเงินที่กำหนดไว้สำหรับการผ่าตัดนั้นตามตารางอัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า
- 1.2 ในกรณีการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ เกินกว่าหนึ่งอวัยวะ ซึ่งกระทำในแผลเดียวกัน บริษัทตกลงจะจ่ายผลประโยชน์สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ หนึ่งครั้งที่มีผลประโยชน์มากที่สุด
- 1.3 สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ทั้งหมดที่ได้กระทำในการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งครั้งใด บริษัทตกลงจะจ่ายไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2. ค่าปรึกษาทางการแพทย์กรณีมีการผ่าตัด

บริษัทตกลงจะจ่ายค่าปรึกษาการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ สำหรับการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับการผ่าตัด ดังต่อไปนี้

- 2.1 ค่าธรรมเนียมการปรึกษาแพทย์ที่ต้องจ่ายจริงหรือตามจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า
- 2.2 ค่าธรรมเนียมการปรึกษาจะต้องรวมเข้ากับค่าธรรมเนียมการผ่าตัด ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

3. ข้อจำกัด

- 3.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การฟอกไต บริษัทจะให้ ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง สูงสุดไม่เกินผลประโยชน์ที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 3.2 ผลรวมของค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับการชดเชยในหมวดที่ 1 ถึง 4 จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะข้อตกลงคุ้มครอง การรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด เท่านั้น)

การประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 4.1 ยา การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่ระบุในใบรับรองแพทย์
- 4.2 วิตามิน เกลือแร่ นมสำเร็จรูป อาหารเสริม
- 4.3 เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker
- 4.4 ภายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์คงทน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง แว่นตา เลนส์ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องวัดสัญญาณชีพ (ชีพจรความดันเลือด อุณหภูมิ) เครื่องช่วยพยุงตัวต่าง ๆ รถเข็นผู้ป่วย อวัยวะเทียม ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม ข้อเทียม
- 4.5 การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
- 4.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายโดยที่มีพยาธิสภาพให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร

4.7 การผ่าตัดที่มีได้มีการแนะนำโดยแพทย์ หรือศัลยแพทย์

4.8 การผ่าตัดเกี่ยวกับการรักษาเด็กแรกเกิด การแท้งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร การตั้งครภ์นอกมดลูก

ข้อตกลงคุ้มครอง การดูแลโดยแพทย์

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์การดูแลโดยแพทย์ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง สำหรับแพทย์เจ้าของไข้ สำหรับการดูแลในแต่ละวันระหว่างที่มีการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) บริษัทตกลงจ่ายไม่เกินค่าบริการที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินจำกัดต่อวันหรือผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

1. ข้อยกเว้น

- 1.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การฟอกไต บริษัทจะให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง สูงสุดไม่เกินตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัยต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 1.2 ผลรวมของค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับการชดเชยในหมวดที่ 1 ถึง 4 จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2. ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะข้อตกลงคุ้มครอง การดูแลโดยแพทย์ เท่านั้น)

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 2.1 ยาการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่ระบุในใบรับรองแพทย์
- 2.2 วิตามิน เกลือแร่ นมสำเร็จรูป อาหารเสริม
- 2.3 เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker
- 2.4 กายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์คงทน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง แว่นตา เลนส์ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องวัดสัญญาณชีพ (ชีพจรความดันเลือด อุณหภูมิ) เครื่องช่วยคำย่นต่าง ๆ รถเข็นผู้ป่วย อวัยวะเทียม ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม ข้อเทียม
- 2.5 การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
- 2.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร

ข้อตกลงคุ้มครอง การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก)

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก) ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ดังต่อไปนี้

1. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ได้แก่ ค่าแพทย์, ค่านักกายภาพบำบัด, โคลิโรแพรคเตอร์, ค่าแพทย์ฝังเข็มโดยการส่งต่อจากแพทย์ผู้ดูแล, การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ, ค่าเอ็กซเรย์, ค่ายาตามคำสั่งแพทย์, ค่าทำศัลยกรรมและหัตถการกรณีผู้ป่วยนอก, ค่าอุปกรณ์ในการผ่าตัด, ค่าวิสัญญีแพทย์ และ/หรือ วิสัญญีพยาบาล, การทำแผล, เคมีบำบัดและการฉายแสงให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองที่ได้รับความคุ้มครองสำหรับการบำบัดรักษาโดยแพทย์ ซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง แต่ไม่เกินจำนวนที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

ผู้ได้รับความคุ้มครองสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกได้ 1 ครั้งต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี

2. ยารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก

การจ่ายยารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก จะต้องได้รับการสั่งยาโดยแพทย์ และจำนวนยาที่จ่ายต้องไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการรักษา

3. ข้อจำกัด

- 3.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การฟอกไต บริษัทจะให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงสูงสุดไม่เกินผลประโยชน์ที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัยต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 3.2 ผลรวมของค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับการชดเชยในหมวดที่ 1 ถึง 4 จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะข้อตกลงคุ้มครอง การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก) เท่านั้น)

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 4.1 ยา การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่ระบุในใบรับรองแพทย์
- 4.2 วิตามิน เกลือแร่ นมสำเร็จรูป อาหารเสริม
- 4.3 เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Defibrillator Automated External) หรือเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker)
- 4.4 กายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์คงทน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง แว่นตา เลนส์ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องวัดสัญญาณชีพ (ชีพจร ความดันเลือด อุณหภูมิ) เครื่องช่วยคำย่นต่าง ๆ รถเข็นผู้ป่วย อวัยวะเทียม ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม
- 4.5 การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
- 4.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร

ข้อตกลงคุ้มครอง (อ.บ.1)
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึง การสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้นโดยสิ้นเชิง และมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป

การสูญเสียสายตา หมายถึง ตาบอดสนิท และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใด ๆ ในอาชีพประจำ และอาชีพอื่น ๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป

ความคุ้มครอง

การประกันภัยนี้คุ้มครองความสูญเสีย หรือความเสียหายอันเกิดจากการบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัย โดยอุบัติเหตุและทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัวติดต่อกันในฐานะผู้ป่วยในในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม และเสียชีวิตเพราะการบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ ดังนี้

1	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
2	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
3	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
4	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
5	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาหนึ่งข้าง
6	100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาหนึ่งข้าง
7	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
8	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
9	60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	สำหรับสายตาหนึ่งข้าง

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อนี้เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น

ตลอดระยะเวลาประกันภัย บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับผลที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองนี้รวมกันไม่เกินจำนวนเงินดังระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย หากบริษัทจ่ายค่าทดแทนตามข้อตกลงคุ้มครองนี้ยังไม่เต็มจำนวนเงินเอาประกันภัย บริษัทจะยังคงให้ความคุ้มครองจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่เหลืออยู่เท่านั้น

การเรียกร้องผลประโยชน์การเสียชีวิต

ผู้รับประโยชน์จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตโดยค่าใช้จ่ายของผู้รับประโยชน์

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. ใบมรณบัตร
3. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน
4. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์

การเรียกร้องผลประโยชน์ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือการสูญเสียอวัยวะ

ผู้เอาประกันภัย จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่แพทย์ลงความเห็นว่าทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะโดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ

การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าว ไม่ทำให้สิทธิในการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถส่งหลักฐานดังกล่าวได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ได้ส่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้แล้ว

ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะข้อตกลงคุ้มครอง (อ.บ.1) การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เท่านั้น)

การประกันภัยตามเอกสารแนบท้ายนี้ ไม่คุ้มครอง

1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- 1.1 การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- 1.2 การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
- 1.3 การได้รับเชื้อโรค ปรสิต เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดเจ็บหัก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
- 1.4 การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
- 1.5 การแท้งลูก
- 1.6 การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
- 1.7 การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์
- 1.8 อาหารเป็นพิษ
- 1.9 การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท (Disc herniation) ภาวะกระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม (Degenerative disc disease) ภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylosis) และภาวะที่มีรอยแตก (Defect) หรือพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วน Pars interarticularis (Spondylolysis) เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- 1.10 สงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงครามไม่ว่าจะได้มีการประกาศสงครามหรือไม่ก็ตาม หรือสงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การก่อความวุ่นวาย การปฏิวัติ การรัฐประหาร การประกาศกฏอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใด ๆ ซึ่งจะเป็นเหตุให้มีการประกาศหรือคงไว้ซึ่งกฏอัยการศึก
- 1.11 การก่อการร้าย
- 1.12 การแผ่รังสี หรือการแผ่รังสีแกมมาหรือรังสีเอกซ์จากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใด ๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และจากกรรมวิธีใด ๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ซึ่งดำเนินการติดต่อไปด้วยตัวเอง
- 1.13 การระเบิดของแก๊มมันตาพรังสี หรือส่วนประกอบของนิวเคลียร์ หรือวัตถุอันตรายอื่นใดที่อาจเกิดการระเบิดในกระบวนการนิวเคลียร์ได้

2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้ (เว้นแต่จะได้มีการขยายความคุ้มครอง และมีการออกเอกสารแนบท้ายเพื่อขยายความคุ้มครองดังกล่าว)

- 2.1 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยแข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า แข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ทสกีด้วย แข่งสเก็ต ขกมวย โดครัม (เว้นแต่การโดครัมเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลงหรือโดยสารอยู่ในบอลลูนหรือเครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
- 2.2 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- 2.3 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์
- 2.4 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใด ๆ

- 2.5 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- 2.6 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- 2.7 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยตั้งแต่วันที่เข้าปฏิบัติการสงคราม หรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

หมวดที่ 5 เอกสารแนบท้าย

ขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ ภายใต้เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น และเอกสารแนบท้ายแห่งกรมธรรม์ประกันภัยนี้ หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเมื่อพ้นระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง จนเป็นเหตุให้ต้องได้รับการรักษาพยาบาล บริษัทจะจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ให้ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุด ตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับเอกสารแนบท้าย ดังต่อไปนี้

PACIFIC
CROSS
HEALTH INSURANCE PCL

เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
การตั้งครุฑ และการคลอดบุตร
 (ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	วันที่ทำเอกสาร	
ผู้เอาประกันภัย			
ผู้ได้รับความคุ้มครอง			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่	เวลา 24.00 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรแสตมป์	ภาษี	รวม

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์การคลอดบุตรสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม และค่าแพทย์เกี่ยวกับการตั้งครุฑและการคลอดบุตรแต่ละครั้ง โดยมีเงื่อนไขว่าผู้ได้รับความคุ้มครองจะต้องเอาประกันภัยมาแล้วเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 280 วันสำหรับการคลอดบุตร และไม่น้อยกว่า 90 วันสำหรับการแท้งบุตร ซึ่งมีผลประโยชน์ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ

1. ค่าบริการสำหรับค่าห้องและค่าอาหารรวมทั้งค่าการพยาบาลดูแล ไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินจำกัดต่อวันหรือจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า
2. ค่าบริการสำหรับค่าใช้จ่ายทั่วไป รวมทั้ง
 - 2.1 ค่าบริการสำหรับห้องผ่าตัด การทดสอบในห้องปฏิบัติการ การให้ยาบริเวณ การให้เลือด
 - 2.2 ค่าบริการแพทย์ สำหรับยาสลบ และการวางยาสลบ
 - 2.2.1. ค่าแพทย์ทำคลอด
 - 2.2.2. การตรวจระหว่างการตั้งครุฑและหลังคลอด
 - 2.2.3. ค่าบริการรถพยาบาล
3. ค่าบริการเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตร การแท้ง โดยแพทย์ และศัลยแพทย์
4. เงื่อนไขการจ่ายผลประโยชน์สำหรับการมีครุฑแต่ละครั้งไม่เกิน
 - 4.1 จำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย กรณีการคลอดบุตรทางช่องคลอด หรือ การเลือกผ่าตัดคลอดที่ได้วางแผนล่วงหน้าโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือความจำเป็นทางการแพทย์
 - 4.2 จำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย กรณีผ่าท้องคลอดบุตร
 - 4.3 จำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย กรณีเปิดและขูดมดลูก และการแท้งบุตร และการผ่าตัดกรณีท้องนอกมดลูก

ข้อจำกัด

1. บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง เพราะการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมภายใน 280 วันแรก นับจากวันที่เอกสารแนบท้ายนี้มีผลบังคับ
2. บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองสำหรับการบริการรักษาพยาบาลที่ไม่เกี่ยวกับการคลอดบุตร เว้นแต่การรักษาซึ่งจำเป็นเพื่อช่วยชีวิตมารดาหรือทารกแรกเกิด

ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะเอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง การตั้งครุฑและการคลอดบุตร เท่านั้น)

การประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่าย การบริการโดยพยาบาลพิเศษ

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม

**เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
การรักษาด้านทันตกรรม**
(ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	วันทำเอกสาร
ผู้เอาประกันภัย		
ผู้ได้รับความคุ้มครอง		
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่
		เวลา 24.00 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรแสตมป์	ภาษี
		รวม

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้ กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้

บริษัทตกลงจะจ่ายผลประโยชน์การรักษาด้านทันตกรรมให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองที่ได้รับความคุ้มครองสำหรับการบำบัดรักษาโรคโดยทันตแพทย์ ซึ่งเป็นผลจากการตรวจวินิจฉัยโรคทางทันตกรรม ในอัตราร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

ความคุ้มครองสำหรับการบำบัดรักษาโรคทางทันตกรรมมีดังนี้

1. ตรวจฟัน จำกัดความคุ้มครองไม่เกิน 2 ครั้ง / ปี
2. ขูดหินปูน จำกัดความคุ้มครองไม่เกิน 2 ครั้ง / ปี
3. การเคลือบฟลูออไรด์ (เฉพาะผู้ได้รับความคุ้มครองที่มีอายุไม่เกิน 12 ปี)
4. เอ็กซเรย์ฟัน จำกัดความคุ้มครองไม่เกิน 2 ครั้ง / ปี
5. อุดฟัน จำกัดความคุ้มครองไม่เกิน 2 ครั้ง / ปี
6. ถอนฟัน
7. รักษาโรคฟัน
8. ผ่าฟันคุด
9. การใส่ฟันปลอมถอดได้ชนิดฐานและโครงพลาสติก
10. การครอบฟันโดยใช้ porcelain หรือ โลหะ และทันตกรรมประดิษฐ์ รวมทั้งการรักษาทางทันตกรรมด้วย นวัตกรรมใหม่จะคุ้มครองรวมสูงสุดไม่เกิน 30,000 บาทต่อปีกรมธรรม์ และจะคุ้มครองภายใต้เงื่อนไขความคุ้มครองการรักษาด้านทันตกรรมตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

เงื่อนไขเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะเอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง การรักษาด้านทันตกรรมเท่านั้น)

สภาพทั้งหมดของการตรวจช่องปากและการตรวจฟันอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งให้มีการเอ็กซเรย์ฟันครบชุดที่บันทึกโดยทันตแพทย์ในแบบฟอร์มการตรวจช่องปาก และการตรวจฟัน (Oral and Dental Examination) ที่กำหนดโดยบริษัท ในครั้งแรกที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการตรวจช่องปากและการตรวจฟันนั้น ให้เป็นและถือว่าเป็นสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และไม่ได้ได้รับความคุ้มครอง อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการตรวจช่องปาก การตรวจฟันและการเอ็กซเรย์ฟันครบชุดโดยทันตแพทย์ ในการตรวจครั้งแรก จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ข้อตกลงคุ้มครองการตรวจรักษาด้านทันตกรรม รายงานการช่องปาก การตรวจฟันอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งการเอ็กซเรย์ฟันครบชุด ที่บันทึกโดยทันตแพทย์ตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยบริษัท จะต้องนำส่งให้บริษัทพิจารณาพร้อมกับเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามผลประโยชน์การตรวจรักษาด้านทันตกรรมนี้

ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะเอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง การรักษาด้านทันตกรรมเท่านั้น)

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

1. การร้องขอการรักษาหรือผ่าตัดทางทันตกรรมโดยมิได้มีการแนะนำโดยทันตแพทย์ รวมถึง การบริการทางทันตกรรมที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา

2. อุปกรณ์เทียมและอวัยวะเทียมทุกชนิด
 3. การตรวจรักษาทางทันตกรรมใด ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อความสวยงาม ได้แก่ การฟอกสีฟัน การรักษาฟันห่าง การรักษาสีฟันที่ผิดปกติ
 4. การรักษาอาการนอนกัดฟันทุกชนิด รวมถึงการรักษาความผิดปกติในการนอนหลับ
 5. การจัดฟันทุกประเภท รวมถึงการจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ
- ความรับผิดชอบของบริษัทมีไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม



PACIFIC
CROSS
HEALTH INSURANCE PCL

เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
การตรวจตา การวัดค่าสายตา และความสามารถในการมองเห็น
 (ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่		วันทำเอกสาร
ผู้เอาประกันภัย			
ผู้ได้รับความคุ้มครอง			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่	เวลา 24.00 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรแสตมป์	ภาษี	รวม

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้ กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์ในอัตราร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควรที่ต้องจ่ายจริงแต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย เมื่อค่าสายตาเปลี่ยนจากค่าสายตาที่บันทึกไว้ก่อนหน้านี้ สำหรับค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

ความคุ้มครองสำหรับการตรวจตา การวัดค่าสายตาและความสามารถในการมองเห็นได้แก่

1. ค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจตา และการวัดค่าสายตา
2. ค่าใช้จ่ายสำหรับ แว่นสายตา แว่นกันแดด (เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตามความเห็นของจักษุแพทย์) และเลนส์สัมผัส สำหรับแว่นกันแดดและแว่นสายตา จะจำกัดผลประโยชน์จำนวน 1 ซิน หรือ 1 ชุด ต่อปีกรมธรรม์

เงื่อนไขเฉพาะ

การตรวจตาและค่าสายตา ที่บันทึกโดยจักษุแพทย์ ในแบบฟอร์มการตรวจตาที่กำหนดโดยบริษัท ในครั้งแรกที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการตรวจตา และวัดค่าสายตานั้น จะถือว่าเป็นสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และไม่ได้ได้รับความคุ้มครอง อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการตรวจตา การวัดค่าสายตาและค่าวิชาชีพจักษุแพทย์ในการตรวจครั้งแรก จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ข้อตกลงคุ้มครองการตรวจตา และความสามารถในการมองเห็น รายงานการตรวจตา และการวัดค่าสายตาอย่างสมบูรณ์ที่บันทึกโดยจักษุแพทย์ตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยบริษัท จะต้องนำเสนอให้บริษัทพิจารณาพร้อมกับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามผลประโยชน์การตรวจตาและความสามารถในการมองเห็นนี้

ข้อยกเว้นเพิ่มเติม (ใช้บังคับเฉพาะ เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง การตรวจตา การวัดค่าสายตา และความสามารถในการมองเห็น เท่านั้น)

การประกันภัยตามเอกสารแนบท้ายนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับการผ่าตัดแก้ไขเพื่อแก้ไขค่าสายตาและความสามารถในการมองเห็น รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากอาการแทรกซ้อนที่ตามมาหรือผลที่ตามมาจากการรักษาดังกล่าว

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม

**เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
ค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และ ค่าอวัยวะเทียมแบบถาวร**

(ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายข้อตกลงคุ้มครองการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) ครอบคลุมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	วันที่ทำเอกสาร
ผู้เอาประกันภัย		
ผู้ได้รับความคุ้มครอง		
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่
เบี้ยประกันภัย	อากรแสตมป์	ภาษี
		รวม

คำจำกัดความเพิ่มเติม

อวัยวะ (Organ)	หมายถึง	โครงสร้างทางชีววิทยาที่ประกอบด้วยเนื้อเยื่อตั้งแต่สองชนิดหรือมากกว่า ที่ร่วมกันทำงานในแต่ละหน้าที่ ที่เป็นหน้าที่เฉพาะของแต่ละโครงสร้างนั้น ๆ อวัยวะจึงเป็นที่รวมของกลุ่มเนื้อเยื่อที่ทำงานเฉพาะแต่ร่วมกันภายในหน่วยของโครงสร้างของร่างกาย
อวัยวะเทียม (Artificial Organ)	หมายถึง	สิ่งที่เป็นโครงสร้างทางชีววิทยาที่ประกอบด้วยเนื้อเยื่อตั้งแต่สองชนิดหรือมากกว่า ไม่ว่าเนื้อเยื่อนั้นจะมีแหล่งกำเนิดมาจากมนุษย์หรือจากสัตว์ก็ตาม ที่ร่วมกันทำงานในแต่ละหน้าที่ ที่เป็นหน้าที่เฉพาะของแต่ละโครงสร้างนั้น ๆ ที่ถูกประดิษฐ์หรือสร้างขึ้นมา เพื่อนำไปใช้ หรือ ใส่ หรือฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อทดแทน หรือซ่อมแซม หรือฟื้นฟู หรือการรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ
เครื่องมือทางการแพทย์ หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device)	หมายถึง	เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องกล หรือสิ่งอื่นที่คล้ายกัน ที่ใช้ หรือฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครอง เพื่อวินิจฉัยป้องกัน รักษา หรือความผิดปกติของร่างกาย
เครื่องมือแพทย์แบบถาวร หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์แบบถาวร (Premanent Medical Device)	หมายถึง	เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องกล หรือสิ่งอื่นที่คล้ายกัน ที่ใช้ หรือใส่ หรือฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครอง เพื่อคุ้มครองเพื่อวินิจฉัย หรือป้องกันหรือรักษาโรค หรือ ความผิดปกติของร่างกาย โดยเครื่องมือนั้นจำเป็นต้องใช้ หรือใส่ หรือฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครอง 5 ปี หรือนานกว่านั้น

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้

บริษัทจะไม่จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ ค่าอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ และ/หรือ ค่าอวัยวะเทียมแบบถาวรใด ๆ ที่ถูกฝังหรือใส่ไว้ในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 5 ปี นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก

เมื่อพ้นระยะเวลา 5 ปี นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัย เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ ค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และ/หรือ ค่าอวัยวะเทียมแบบถาวรที่ถูกฝังหรือใส่ไว้ในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย โดยบริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้ตามที่เกิดขึ้นจริงเฉพาะการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) ทั้งนี้ต้องไม่เกินความจำเป็นและเหมาะสม โดยจำกัดจำนวนความคุ้มครองไม่เกินตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัยต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

สำหรับค่าเลนส์แก้วตาเทียม บริษัทจะจ่ายค่าเลนส์แก้วตาเทียมแบบถาวรที่ถูกฝัง หรือ ใส่ไว้ในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมแบบความคมชัดที่มีจุดรวมแสงระยะเดียว (Monofocal Lens) เท่านั้น

บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ หรือ ค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เกี่ยวข้องการทำรากฟันเทียม ค่ารากฟันเทียม รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้ บริษัทจะจ่ายค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และค่าอวัยวะเทียมแบบถาวร ภายใต้ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) ข้อ 2. ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไปโดยจำนวนที่จะจ่ายนั้น เมื่อรวมค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไปที่ระบุให้จ่ายในข้อนี้ กับค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และค่าอวัยวะเทียมแบบถาวรแล้วต้องไม่เกินกว่าจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริงหรือจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัยแล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม



PACIFIC
CROSS
HEALTH INSURANCE PCL

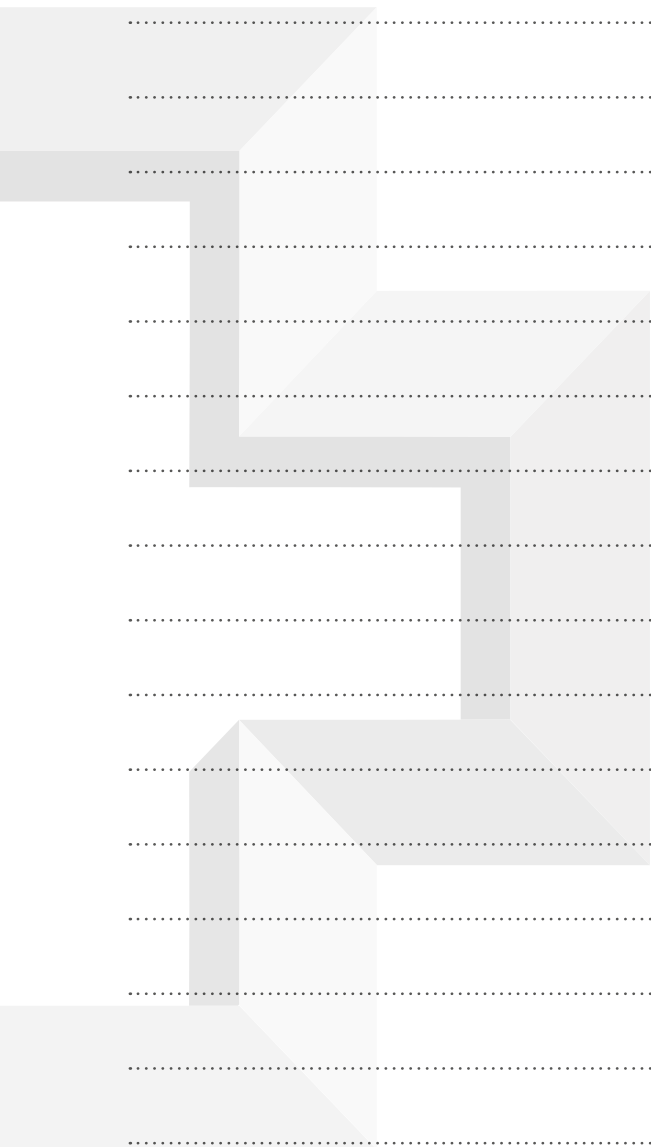
**เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
การขั้บปีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์**
(ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้าย กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	วันที่ทำเอกสาร	
ผู้เอาประกันภัย			
ผู้ได้รับความคุ้มครอง			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่	เวลา 24.00 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรแสดมปี	ภาษี	รวม

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากอุบัติเหตุในขณะขั้บปีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ สำหรับการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือ ทูพพลภาพถาวร โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทนส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม

Note



PACIFIC
CROSS

HEALTH INSURANCE PCL

ENGLISH
TRANSLATION

Health and Accident Insurance “Lifestyle Series”

In reliance upon the Insured’s statement of the insurance application which is considered a part of this Insurance Policy and in return of the premium that the Insured pays subject to General Terms and Conditions, coverage conditions, exclusions and attachments of this Insurance Policy, the Company promises to those covered as follows:

Section 1. Definitions

Any statement and description which have a specific meaning given in any part of this Insurance Policy shall be considered to have the same meaning regardless of which part they appear in unless otherwise specified in this insurance policy.

Company	means	Pacific Cross Health Insurance Public Company Limited
Insurance Policy	means	The Policy Schedule, Benefits Table, General Terms and Conditions, Insuring Agreement, Exclusions, Specification of Endorsements, Special Statements, Certifications, Endorsements, Renewal Certificate and Essence Summarization of this Insurance Policy, which are considered as part of this insurance contract.
Insured	means	The person(s) whose name is specified in this Policy Schedule, as the Insured person.
Dependent	means	The person(s) under the Insured’s patronage who is named as specified in the Policy Schedule as follows: 1) The Insured’s spouse whose age is not greater than 99 years old, 2) Legal children of the Insured or the Insured’s spouse whose age is from 15 days old but not older than 23 years old, unmarried and is in full time study.
Covered Person	means	The Insured and/or the Insured’s dependent(s) only whose name is/are specified in this Policy Schedule.
Accident	means	An immediate (sudden) unexpected event caused by external factors resulting in impact that the Insured does not intend or expect.
Injury	means	Bodily injury which is caused directly and solely from an accident and is independent from other causes.
Illness	means	Symptoms, irregularity, sickness or diseases that the Covered Person suffers.
Physician	means	A person with a medical degree, legally registered with the Medical Council to render medical and surgical treatment within the territory he/she is licensed.
Dentist	means	A person with a dental degree, legally registered with the Dental Council to render dental treatment within the territory he/she is licensed.
Dentistry	means	Performance being done to humans in order to diagnosis undertake rehabilitation or prevention of dental diseases, diseases of organs related to teeth, oral cavity, jaw, and facial bones which are related to the jaw including any surgeries and performance for rehabilitation of the mouth, jaw, facial bones that are related to the jaw and dental treatments.
Dental Prosthodontics	means	A branch of dentistry in relation with taking care of, restoration of natural teeth, and/or a replacement of organs into an oral cavity and facial bones that are connected to the jaw with artificial organs or prosthesis in order for them to look normal and work well.
Specialist	means	The Physician receiving an approved certificate or a certificate of proficiency from the Medical Council or an Institute equivalent to Medical Council. The Specialist is not the Physician in charge of the patient. He/she gives opinion, examines or provides treatment to the patient together with the Physician in charge.
Surgeon	means	The person permitted to perform medical treatment by the Medical Council or equivalent in surgery and treatment in the territory where such person is granted to perform his/her duty.
Nurse	means	The person(s) who is licensed to practice nursing duties according to the law.
Nursing Services Fees	means	Routine expenses charged by a Hospital or Medical Center for nursing services provided to a Covered Person while hospitalized as an In-Patient.

In-Patient	means	A person who is required to be treated in a Hospital or Medical Center and must be registered as an In-patient and hospitalized for at least 6 consecutive hours in the Hospital, receives diagnosis and advice from a Physician under standard medical practices and within an appropriate treatment period, also including a person who dies before completing 6 hours.
Out-Patient	means	A person who seeks medical treatment in an Out-Patient department or emergency room of a Hospital or Medical Center that does not require to be hospitalized according to diagnosis and a standard indication for hospital admission.
Hospital	means	A place that provides medical services, being able to accept patients to stay overnight and having space, elements, sufficient medical staff, and also offering the full array of medical services, especially an operating room for major surgery, and legally registered as a Hospital in its district.
Medical Center	means	A place providing medical treatment and services and being able to accommodate overnight patients. It is legally registered as a Medical Center in its district.
Clinic	means	A modern medical facility administrated by physician(s) permitted by law and operating to provide diagnosis, medical treatment but unable to accommodate patients overnight.
Medical Standards	means	Regulations or universal modern medical practices which deliver appropriate treatment plans to the patient according to Medical Necessity and consistent with the conclusions of the Injury history, Illness record, autopsy results or other records (if any).
Medical Necessity	means	Medical services subject to the following conditions: 1) Must correspond with diagnosis and treatments for such Injury or Illness, 2) Must have clear medical indications in accordance with modern Medical Standards, 3) Must not be solely for the convenience of the patient or his/her family, Physician, and 4) Must be the standard medical services for patients who are required to be medically treated according to the Injury or Illness suffered.
Alternative Medicine	means	Any diagnostic, treatment, or prevention method by Thai Traditional Medicine, Chinese Medicine or any others which are not considered as modern medicine.
Thai Traditional Medicine	means	Medical processes which are related to diagnostic, therapy, treatment, prevention of disease, or health promoting and rehabilitation of humans or animals, midwifery, Thai massage, and includes the processes of preparation to produce Thai traditional drugs, medical equipment and devices. In this regard it is based on the knowledge or texts that have been inherited, passed down and developed.
Disability	means	Admission in a Hospital or Medical Center for treatment as a patient resulting from one cause including any secondary ailments which are the result of the same cause or other ailments which occurred at the same time as the initial cause for Illness or Injury with the exception of the hospital admission occurring 90 days after the latest Inpatient treatment and 14 days after Outpatient treatment.
Emergency Medical Treatment	means	Necessary medical treatments for a severe Injury or Illness which could not be foreseen and requires immediate care, in which the physician has diagnosed that if immediate medical assistance is not given then it may result in disability or loss of life.
Anesthetist	means	The Physician specialized in Anesthetics and obtains the registration by law and regulation in the country where he/she is registered.
Congenital Condition	means	A physical or mental abnormality existing at the time of birth.
Pre-Existing Condition(s)	means	Any disease (and its complication), symptoms or disorder that occurred to the Insured prior to the commencing date of the policy in which such condition is reasonably significant for the general public to seek a diagnosis or medical treatment or such condition prompts the medical professional to proceed with a diagnosis or medical treatment.

AIDS	means	Acquired Immune Deficiency Syndrome, which is caused by HIV infection including opportunistic microbial infections (Malignant Neoplasm) or any disease or illness which results in blood tests showing a positive blood of HIV virus (Human Immunodeficiency Virus), opportunistic microbial infections, including but not limited to bacteria causing Pneumocystis Carinii Pneumonia, an infection that causes organism or chronic enteritis, a virus and / or a spreading fungus (Disseminated Fungi Infection), Malignant Neoplasin, including but not limited to tumors Kaposi Sarcoma, Central Nervous System Lymphoma and/or other serious diseases known at present as it is a condition of the immune deficiency (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or which causes people who have died suddenly, sickness or disability, disease, AIDS includes HIV virus (Human Immunodeficiency Virus), a disease that causes dementia (Encephalopathy Dementia) and virus outbreaks.
Normal and Customary Expenses	means	Reasonable medical expenses and/or any reasonable expenses incurred through the proper receipt of Hospital or Medical Center services that are charged to the general patient of Hospitals or Medical Centers or Clinics where the Covered Person has been treated.
Deductible	means	The first part of the loss that the Covered Person must settle under the terms of the insurance contract.
Co-payment	means	Any agreed co-payment of charges between the Company and the Covered Person that applies to eligible medical expenses after the deductible amount has been applied (if any).
Terrorism	means	Actions that use force or violence and/or threatened by any person or group(s) of persons, regardless of acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s), or government(s) which acts for political, religious, ideological or similar purposes including the intention to influence any government and/or to put the public or any part of the public in fear.
Insurance Policy Year	means	The period of one year from the effective date of the Insurance Policy or from the anniversary of the Insurance Policy in the following year.

Section 2 General Terms and Conditions

1. Insurance Contract

This insurance contract is entered into by the Company in the reliance of the declaration of the Covered Person in the insurance application, health certificate, and additional declarations (if any) that the Covered Person has signed as an evidence of the insurance contract. Therefore, the Insurance Policy was issued by the Company.

In the event that the Covered Person is aware of certain declarations but still provides false statements in accordance with paragraph one or is aware of certain facts but withholds them not to disclose to the Company is in which if the Company obtains such information, the Company may decide to increase the premium rate or refuse to execute the insurance contract. In this regard, this insurance contract shall become void as per Section 865 of the Civil and Commercial Code. The Company then has the right to cancel the policy.

The Company will not refuse the liability by using any other statements than those declared by the Insured in the documents under paragraph one.

2. Non-dispute or objection of the incompleteness of the insurance contract

The Company shall not refuse or object the liability based on the incompleteness of this insurance contract when it has been in force for 2 years from the commencement date of the policy unless the premium payment is not made.

In the event that the Company is aware of any information to cancel the insurance contract, but the Company does not use the right to cancel the contract within one (1) month from the date of acknowledgement, the Company shall not be able to revoke the incompleteness of the insurance contract.

3. Amendment of the Insurance Policy

The amendment of this Insurance Policy shall be valid only when the Company agrees to accept such amendment and it is legally binding after a formal written statement being attached to the Policy or being issued as an endorsement by the Company's authorized person.

4. Premium Payment and Commencement of the Insurance Coverage

- 4.1 The Insured Person can pay the premium by either option described as follows:
- a) Monthly payment
 - b) Annual payment.
- 4.2 For the first due date of the premium payment, the Insured Person must pay immediately no later than the commencement date of the Insurance Policy and the Policy will be in force as of the commencement date as specified in the Policy Schedule or Insurance Certificate.
- 4.3 Due date of the premium payment;
- a) For monthly installments, the Insured must pay the premium no later than the due date of each month
 - b) For annual payment, the due date for premium payment is the expiry date of the Policy as specified in the Policy Schedule or Insurance Certificate.
- 4.4 The first premium payment in the following year of the Insurance Policy renewal, the Insured Person must pay the premium within the 30-day Grace Period from the end of the expiry date of the previous year and the insurance coverage of the renewal year it is then considered continued.
- 4.5 If the Insured fails to pay the premium for the next due date within the 30-day Grace Period from the due date, it is considered that the coverage under this Insurance Policy has ended since the last day the premium has been paid for such covered period.
- 4.6 If the Insured lodges a claim during the 30 day Grace Period or in the period of collecting premium of any due policy and the premium of such due policy has not been paid yet, the Company is entitled to deduct the amount which is the premium owed to the Company out of the eligible cover amount of such claim. If there are any unpaid premiums left, the condition Clause 4.5 will be applied by mutatis mutandis.

5. Incorrectness of Age or Gender Details

In case the declaration of age and gender of the Covered Person deviates from the truth, this could result in:

- 5.1 Where the Company receives premium less than the actual rate, the benefit amount of this Policy is limited to the received premium it shall cover according to the actual age and gender. In case that the actual age or gender of the Insured Person is unable to be covered under this Policy, the Company will not pay any benefit but the received premium will be refunded to the Insured Person.
- 5.2 Where the Company receives premium greater than the actual rate, the Company will return the excess insurance premium to the Insured Person. However, the Company shall not apply this condition to adjust the paid premium for the previous insurance cover period.

6. Renewal of Insurance Policy

- 6.1 This Insurance Policy can be renewed until the Insured's age does not exceed 99 years old, no supportive evidence is required at this point. In case that the Company agrees to renew the Policy, the Company retains the right to;
- 6.1.1 Adjustment of insurance premium rate to reflect the risk and the age of the Covered Person, and
 - 6.1.2 Adjustment of insurance conditions, benefit coverage of the Insurance Policy in the renewal year as necessary.
- 6.2 The Company may decline to renew this Insurance Policy by informing the Insured person in writing at least 30 days before the policy's expiry date according to the Policy Schedule.
- 6.3 The Company must notify the Insured or Covered Person where the changes, additions or extended conditions of the coverage, exclusions, endorsement, etc. that is the significant part of the policy (must specify the reasons for the refusal to renew the policy).

7. Adjustment of Premium Rate

The Company shall adjust the insurance premium to reflect the age and risks of the Covered Person at the rate that was approved by the registrar and notified to the Covered Person in advance in writing.

8. Amendment of the Insurance Policy during or at the end of each policy year

If the benefits coverage of the Covered Person under the conditions of this Insurance Policy has increased while the Insurance Policy is in force or at the time of renewal of the Insurance Policy, the effective date of the increasing benefits is the first date of the next Insurance Policy Year after the Company was notified of the change in the type of work or the change of the benefits coverage of the Covered Person, under the condition that:

- 8.1 If the Covered Person suffers Injury or Illness before the benefit is increased, the maximum eligible cover amount for such Injury or Illness will not be greater than the applicable maximum benefit amount prior to the benefit being increased.
- 8.2 In case the Injury or Illness of the Covered Person occurred and is already covered prior to the increasing of the benefits, the maximum benefit applicable shall not exceed the previous benefits.

In addition, the Insured must notify the Company in writing for the change of the benefits coverage, and the Company has agreed such insured benefit.

9. Termination of the Insurance Policy

9.1 This Insurance Policy may be terminated if any of the following occurs, depending which one occurs first.

9.1.1 The expiry date specified in the Policy Schedule and the Insured does not renew the policy.

9.1.2 The expiry date specified in the Policy Schedule and the Insured is turning 99 years old.

9.1.3 When the premium has not been paid according to the General Terms and Conditions of Clause 4.

9.1.4 The Insured is deceased.

9.1.5 The Insured is incarcerated in prison.

When the termination of the Insurance Policy is from conditions not covered under clauses 9.1.4 or 9.1.5, the Company will return the insurance premium to the Insured or the beneficiary by deducting the premiums for the period that this Insurance Policy has been covered (prorated).

9.2 The insurance coverage of each section under this Insurance Policy will end when the Company has paid the maximum benefit amount specified in the Policy Schedule of that section. The Company will continue to provide cover until the policy has expired only where benefits remain.

9.3 This Insurance Policy and all other policies attached to this policy shall expire at 24.00 hours of the expiry date, Thailand time.

10. Reinstatement

If the Insurance Policy is terminated because the Insured fails to pay the premium for the renewal year within the specified time, the Insured may request the Company to reinstate the Insurance Policy within 90 days from the renewal due date by the Company's consent. The general terms and condition Clause 19 (Pre-existing Conditions) and Clause 20 (Waiting Period) will be waived.

Eligible benefits coverage for any Injury will be immediately covered upon the Company accepting the reinstatement of the Insurance Policy and the coverage for any Illness will be effective after 10 days of the reinstatement date.

11. Medical Assessments

The Company has the right to conduct medical examinations or investigation of the medical records of all Covered Persons as necessary for this Insurance Policy. The Company has the right to request a postmortem examination on any deceased if it is necessary and not in conflict with the law. The Company will bear this cost.

In case that the Covered Person declines the Company for medical investigations for claim adjudication, the Company can deny to pay the coverage to the Covered Person.

12. Notification of Claim

The Covered Person or their representative must notify the Company as soon as possible of the Injury or Illness that might be the cause of a claim subject to the benefit coverage under this Insurance Policy.

In case the Covered Person dies, the notification of death must be informed to the Company immediately unless there is evidence or proof that the cause of the delay as mentioned above was beyond their control.

In the event that the Covered Person seeks elective treatment outside the Kingdom of Thailand, prior authorization is always required from the Company or their Emergency Assistance Provider.

13. Claim Procedure

13.1 Claiming for Medical Expenses

In case of a claim for medical expenses, the Covered Person or representative is required to submit the following documents to the Company at their own expense:

1. Insurance Claim Form of Pacific Cross Health Insurance PCL
2. The physician's report that shows the significant symptoms, results of investigations and details of treatments.
3. Original paid receipt(s) show details of charges or summary statement and original paid receipt. The Covered Person must provide the said evidences to the Company within 30 days after discharged from the Hospital or Medical Center or from the treatment date at the Clinic. The receipt(s) must be the original and the Company will return the said original receipt(s) which will certify the paid amount to the Covered Person to file the balance of the claim from other insurance companies. In the event the Covered Person obtains some coverage from public welfare or any other benefit, the Covered Person is permitted to submit the copy of such receipt which certifies the paid amount from the public welfare or any other benefit to claim the balance from the Company.

13.2 For Loss of Life, Dismemberment or Permanent Disability from Accident.

The Covered Person or the beneficiary must submit the evidence described below to the Company within 30 days from the date of the loss at their own cost;

1. Completed Insurance Claim Form of Pacific Cross Health Insurance PCL.
2. Death Certificate (in case of death).
3. A copy of a postmortem examination report from the Duty Police Officer or the organization issuing the report (in case of death).
4. A certified copy of the Daily Police Report from the Duty Police Officer.
5. A copy of the Covered Person's Identification Card or Passport, and House Registration with wording 'Death' affixed thereto (in case of death).
6. A copy of the Beneficiary's Identification Card or Passport, and House Registration (in case of death).
7. Physician's report confirming permanent disability or dismemberment and photographs of injuries (if applicable).
8. Other necessary documentation that the Company may ask for. (If there is any doubt that additional document is required.)

13.3 For Medical Expenses while travelling overseas.

The Insured must submit evidence described below at their own cost to the Company within 30 days after the day the travelling period ends;

1. Completed Insurance Claim Form of Pacific Cross Health Insurance PCL
2. A copy of the Insured's passport or travel document,
3. A copy of the Daily Police Report.
4. Original paid receipt(s) that show details of charges or summary statement and original paid receipt.
5. Airline report (In the case of claims for travel delays).

Failure to submit the evidence within the due period will be considered that the Insured waives their right to file a claim.

14. Payment of Benefit

The Company will pay the Insured for the reasonable expenses within 15 days from the date that the Company receives the correct and completed evidence. In the case of death, the Company will process the payment to the Beneficiary.

If there is any suspicious circumstances whilst the claim is being examined, the agreed due date for the payment may be extended as necessary but not more than 90 days from the day that the Company receives full evidence.

For medical expense claims outside of Thailand in accordance with this Insurance Policy, the Company shall pay the insurance benefit based on the foreign exchange rate calculated on the date specified in the medical expense receipt.

If the Company is unable to pay the Insured within the timeframe mentioned above, the Company will afford the Insured compensation at 15% per annum which is based on an amount the Company has to pay from the agreed due date.

15. Change of Policy Owner

In the event that the insurance policy was terminated due to the death of the Insured or for any other reason, the spouse or Dependent children may request the Insurance Policy to be continued through changing the policy owner of this Insurance Policy within 90 days from the terminated date.

16. The right of the Dependent to request the Insurance

If the spouse of the Insured becomes ineligible due to divorce or a child of the Insured attains the age of 20 or marries, the spouse or child may submit a request for the continuation of the Insurance that:

The Company will provide insurance coverage continuing from the previous policy and General Terms and Condition Clause 3, Clause 20 and Clause 21 will be waived subject to:

- 16.1 The submission of the request for continuation of the insurance is made within 90 day from the ineligible date of a Dependent.
- 16.2 The benefit coverage is not exceeding the previous benefits.

17. Cancellation of the Insurance Policy

17.1 The Company will inform the Insured of the cancellation of the Insurance Policy by giving advance notice in writing not less than 30 days by registered mail to the Covered Person based on the last address that the Company is given.

- 17.1.1 For monthly installment: this Insurance Policy will automatically be terminated if the installment premium is not received on the date that the paid premium is due and received and the coverage was provided according to the

monthly installment premium payment type which is chosen by the Insured. The Company will not refund the premium received to the Insured.

- 17.1.2 For annual premium payment: the Company will refund the insurance premium to the Insured after the premium was deducted for the period that the insurance policy has been in force (prorated).
- 17.2 The Insured has the right to cancel this Insurance Policy by informing the Company in writing.
 - 17.2.1 For monthly installment: the Insurance Policy will automatically be terminated on the last date that the paid premium was received and the coverage was provided. The Company will not return the premium to the Insured.
 - 17.2.2 For annual premium payment: The Company will refund the insurance premium to the Insured after the premium was deducted for the period that the insurance policy has been in force in accordance with the short-rate premium specified in the table below :

Schedule of Short-Term Premium Rate

Insurance Period / (Not more than/Month)	Percentage of full-year premium
1	15
2	25
3	35
4	45
5	55
6	65
7	75
8	80
9	85
10	90
11	95
12	100

Termination of the Insurance Policy under this condition, regardless of any party, must terminate the whole contract, the part is not allowed. If the Company has paid the claim exceeded the premium paid, no refund of premium will be due.

18. Arbitration

In the event of any dispute, conflict of claim between the person who is entitled for claim and the Company under this Insurance Policy, and if the entitled person decides to have the dispute of claim being settled by the use of Arbitration, the Company then agrees to settle the dispute by an Arbitrator in accordance with the regulations of the Office of Insurance Commission (OIC) on Arbitration.

19. Pre-Existing Condition(s)

The Company shall not cover any medical treatments resulting from any chronic diseases, Injury or Illness that have not been fully cured before this Insurance Policy commencement date except;

- 19.1 The Covered Person has declared the Pre-Existing Conditions to the Company and the Company has agreed to accept the risk without the said exclusion.
- 19.2 This Insurance Policy has been continuing in force for not less than 3 consecutive years whereas the chronic disease, Injury or Illness and any complication did not manifest itself, being treated or diagnosed, consulted to or was seen by a physician during the 5 years prior to the commencing date of this Insurance Policy.

20. Waiting Period

- 20.1 The Company will not pay any benefit for any Illness occurring during the 30 days from the first day of the commencement date of the Insurance Policy. The benefit for any Injury is starting on the first effective date state on the Policy Schedule of the Insurance Policy.
- 20.2 The Company will not pay any benefit for the following Illnesses which occurred in the period of 120 days from the first effective date of the Insurance Policy;
 - 20.2.1 Tumors, cysts or all types of cancer
 - 20.2.2 Hemorrhoids

- 20.2.3 All types of Hernia
- 20.2.4 Pterygium or Cataracts
- 20.2.5 Tonsillectomy or adenoidectomy
- 20.2.6 All types of Calculus
- 20.2.7 Varicose Veins
- 20.2.8 Endometriosis

21. Medical Treatment Outside Thailand

In the event the Covered Person receives medical treatment outside of Thailand according to this Insurance Policy, the Company will pay the claim to the Insured the actual paid amount which is considered as normal, usual and reasonable expenses but not exceeding the sum insured (benefits coverage) specified on the policy schedule in accordance with reasonable and Medical Standards using the exchange rate for reimbursement or deductible (if applicable) on the date the medical expenses was paid.

22. Insurance Coverage for Free Newborn Child

In the event the Insured and spouse are insured under this Insurance Policy, the child of the Insured and spouse that is born after the policy has been in force not less than 280 days from the first effective date of the policy will receive free benefit coverage equivalent to the coverage of the Insured and spouse with no additional premium. To receive the insurance coverage, the Insured must submit an insurance application form and Birth Certificate to the Company. The benefit coverage will be starting when the newborn is 15 days old and was not admitted in the Hospital. The coverage will be continuing until the expiry date of the policy year.

In the event the coverage of the Insured and spouse are different, the coverage for the newborn child will be equal to the lower coverage, however the coverage for the newborn is subject to underwriting conditions by the Company.

In the event the Insured wants the newborn to continue to be covered from the expiry date of the insurance as specified in the Insurance Policy, the Insured must pay the Company normal premium rate for the newborn child.

23. Precedent Condition

The Company shall not be liable to compensate under this Insurance Policy unless the Insured, the beneficiary or the representative has complied with all the General Terms and Conditions of the insurance agreement.

24. Currency

Insurance premium and any benefits payable for this Insurance Policy will be paid in Thai Baht.

Section 3 General Exclusions

This Insurance Policy shall not provide insurance coverage for expenses occurring from medical treatment or losses arising from Injury or Illness (including their complications), symptoms or abnormality caused by:

- 1. Chronic disease, injury or illness that has not been cured before the date of the insurance contract (including complications that may occur later) or can be clinically proven or certified that such disease or disorders has occurred before the Insurance contract date, Birth Defect or Congenital Anomalies and Abnormalities, chronic disease, injury or illness which occurred prior to the effective date of the policy (including complications or recurrence that may occur later), abnormal growth, developmental problems, genetic disorders, hernias in a child age under 10 years old, circumcision, surgical treatment for Scoliosis, surgical treatment for Deviate Nasal Septum.**
- 2. Cosmetic related treatment, surgery for reconstruction, skin treatment, acne, blemish, freckles, dandruff, scarring, hair loss, underweight or overweight, surgery to fix or adjust body defects, elective surgery, cosmetic surgery, unless the surgery on the organ is to fix and return it to normal function(s) which were damaged by the accident that was covered by this Insurance Policy. Such surgery must not be performed on genitals or breast.**
- 3. Solving infertility issues (Including the investigation and treatment) sterilization or contraception.**
- 4. AIDS, Venereal Diseases or Sexually Transmitted Diseases or any other condition relating to sexual intercourse.**
- 5. Treatment, prevention, consultation for use of medication or various substances to relieve symptoms commonly associated with aging, treatment for dementia, Alzheimer, hormone replacement therapy in peri-menopausal or menopausal conditions, treatment for osteoporosis, sexual dysfunction in female or male, treatment for sexual disorders, sex change, costs of vitamins,**

minerals, trace elements, food supplements, formula milk, unregistered and licensed drugs with government agencies in the country that such medicine is distributed or drugs that are not registered with the Food and Drug Administration of that country. Special drug prepared by the Hospital or Medical Center where details of the drug components is not given.

6. General Health Check-up, request to be admitted at a Hospital or Medical Center, request for a surgical treatment, rehabilitation or rest for recuperation or treatment by only resting methods, any investigations that are not relating directly to an admission to a Hospital, Medical Center or Clinic, investigations for any injury or illness, treatments or laboratory tests which are considered as non-medical necessity or non-medical standard, all kinds of allergy tests including the test for lack of vitamins and minerals.
7. Investigation and treatment for abnormal eyesight, corrective eye muscle surgery, LASIK, expenses for vision devices, treatment, investigation or surgery for all types of strabismus.
8. Dental treatments, surgery or prevention of periodontal disease (gum disease), dental or Jaw disease, bruxism, prosthetic dentistry, dentures, crowns, root canal therapy, filling, orthodontic treatment, scaling, tooth extraction, root implants with the exception of accidental injury to teeth whilst the insurance policy is in force but also excluding dentures, crowning, orthodontics, dental bridge, root canal treatment or root implants.
9. Treatments for alcoholism and complications, treatment of narcotic drug addiction, cigarettes, alcohol or psychoactive substances.
10. Diagnostic, investigations or treatments symptoms or disease relating to mental illnesses, psychiatric, stress, anxiety, psychotic state, abnormal behavior or characteristics, attention deficit disorder, autism, stress, including eating disorders or anxiety.
11. Any experimental treatment, examination or treatment for Obstructive Sleep Apnea, sleeping disorders or snoring.
12. Any inoculations and vaccinations excluding rabies vaccination after animal bite and tetanus vaccination after injury.
13. Any treatment that is not considered as modern medical treatment including alternative medical treatments.
14. Any medical treatment given by a medical practitioner who is the parent, spouse, child or family member of the Covered Person. The Covered Person who is a registered medical practitioner may not be reimbursed for any self-administered treatment.
15. Suicide, suicide attempt, self-inflicted or self-inflicted attempt either by the Covered Person or any other person allowed to do so whether they are insane or not, this also include accidents arising from whatever the Covered Person eats, drinks, consumes, intakes or injects any drug or toxic substance into the body or drug overdoses taken.
16. Any Injury occurring whilst the Covered Person is under the influence of alcohol, narcotic drugs or intoxicating substances resulting in the Covered Person losing of control his / her mind or senses. The term "under the influence of alcohol" refers to blood alcohol level of 150 mg per ML of blood or over when undertaking a blood test.
17. Any Injury occurring while the Covered Person is involved in a brawl, inciting a brawl or being the cause of a brawl or any Injury that is proven later was from such an event.
18. Any Injury occurring while the Covered Person is committing a felony or being arrested, under arrest or escaping the arrest.
19. Any Injury or Illness arising from the Covered Person playing or participating in or competing in sports or all kinds of dangerous activities, professional sports, racing of all types, riding horses, skiing including jet skiing, skateboarding, skating, boxing, and sports requiring body contact, weight lifting, parachuting (except for parachuting to save a life) ballooning or skydiving, gliders, bungee jumping, diving that requires an air tank or underwater breathing apparatus and driving a car or motorcycle without a valid driver's license.
20. Any Injury arising while boarding, leaving or traveling as a passenger in an aircraft that is not licensed for the carriage of passengers as a commercial airline.
21. Injuries when the Covered Person is performing duty as a staff member in any aircraft.
22. Any Injury arising while the Covered Person performing duties as a police officer, soldier or a volunteer engaged in war or suppressing of civil unrest.
23. War, invasion, acts of foreign enemies or any act like war (whether declared or not), civil war, insurrection, uprising, civil commotion, riot and strike, revolutionary coup, martial law declaration or any event which will cause the announcement or maintaining of martial law.
24. Terrorism.

25. **Radiation or radioactive radiation from nuclear fuel or from any nuclear waste due to the combustion of nuclear fuel and from any processes of the nuclear fission which precedes it.**
26. **Explosive radiation or components of nuclear or any hazardous objects which can be explosive in nuclear process.**

Section 4 Coverage Agreement

While this policy is in force and subject to the General Terms and Conditions, Insuring Agreements, Exclusions, and attached Endorsements of this Insurance Policy, and in return of the premium that the Insured pays, if the Covered Person sustains Injury from an Accident or suffers from Illness after the waiting period resulting him/her to require medical care, the Company will pay for the Normal and Customary Expenses according to the medical necessity. The amount to be compensated is the actual expenses paid up to the maximum limit of benefit as specified in the Policy Schedule in accordance with the attached insuring agreement as follows:

Coverage Agreement Hospitalization in a Hospital or Medical Center (In-Patient)

While this policy is in force, if the Covered Person sustains Injury from an Accident or suffers from Illness after passing the waiting period resulting in being required to be admitted in a Hospital or Medical Center for at least 6 consecutive hours, according to the Medical Necessity and Medical Standards, and register as an In-Patient.

The Company will pay the benefits for In-Patient to the Covered Person as follows:

1. In-Patient Room and Board and Nursing Services

1.1 Standard Room

The Company will pay the benefit for room and daily meals, blenderized diet via a feeding tube, nursing services and other hospital services when the Insured is admitted to a Hospital /Medical Center for the actual amount or the limited amount per day, or the maximum amount which specified in the Policy Schedule whichever is less but not exceeding 365 days.

1.2 Intensive Care Unit (I.C.U.)

In case the Covered Person is required to be admitted in Intensive Care Unit (I.C.U), Coronary Care Unit (C.C.U) and/or the Emergency Unit in a Hospital or Medical Center according to Medical Standards, the Company will pay the benefit for room and daily meals, blenderized diet via a feeding tube, nursing services and daily hospital service charges for the actual amount but not more than 2 times the benefits for the standard room and board benefit of the policy. Anyhow, this shall not exceed 365 days. Consequently, when accumulated with the total benefits of the room and daily meal benefit in Clause 1.1, this shall not exceed 365 days.

2. Hospital and General Expenses

- 2.1 Medications and parenteral nutrition.
- 2.2 Blood and blood components including separation costs to prepare and analyze for blood transfusion or blood components.
- 2.3 Ambulance Services charges for medical reasons that shall not exceed per each disability of any Injury or Illness.
- 2.4 Expenses for laboratory and pathology tests, radiological examinations, and other special examinations including interpretation cost.
- 2.5 Medical Equipment;
 - 1) Medical Equipment used outside of the Operation Room.
 - 2) Medical Supplies (MS.1).
 - 3) Materials or Equipment attached to the patient (MS.3) except Defibrillator or Pacemaker.
- 2.6 Physical Therapy, Occupational Therapy, Chiropractic Treatment, Acupuncture Expenses when ordered by a Physician including the fees for Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R) or Physical Therapist, expenses for medical equipment according to medical necessity considering that the physical therapy must relate and be directly consistent to the Injury or Illness.
- 2.7 Operating theater and its equipment expenses.

Expenses for the operation room and its equipment, medical personnel on duty in operation room, equipment for anesthesia, and the charge for the recovery room after surgery has been performed.
- 2.8 Anesthetists and Anesthetic Nurse.

Charge for doctor and nurse performing anesthetic or sedation procedures.

- 2.9 Surgical Consultation fees for non surgical case.
Actual amount for Surgical Consultation fees but not greater than the amount specified in the Policy Schedule.
- 2.10 Take-Home Medication
Expense for take home-medicine according to the medical necessity and is not exceeding 14 days from the day that the Covered Person is discharged from Hospital or Medical Center and not exceeding the maximum benefit limit per day as specified in the Policy Schedule.
- 2.11 Emergency Accident Expenses
Expenses for emergency care for an Accident within 24 hours after the accident happened, includes expenses for ongoing treatment incurred within 15 days from the first day of any Injury according to the actual amount but not exceeding the maximum benefit as specified in the Policy Schedule.
- 2.12 Ongoing medical expenses after discharging from the Hospital
- 1) Medical Expenses for Out-Patient.
Ongoing treatments for such Injury or Illness incurred within 30 days after discharge from a Hospital or Medical Center according to actual incurred amount or the balance of the amount of the hospital and general expenses depending on which amount is the lower.
 - 2) Expense for Physical Therapy continuing from In-Patient Treatment
Expenses for Physical Therapy on an Out-patient basis incurred after the next day of discharge from the hospital or medical center and within 30 days, in particular charges for Physical Medicine and Rehabilitation Physician (PM&R or Physiatriests) or Physical Therapist, expenses for medical equipment according to the medical necessary considering that the physical therapy must relate and be directly consistent to the Injury or Illness that indicates for such hospital admission. The maximum coverage for the number of days and benefit amount are as specified in the Policy Schedule.
In addition, the Company also agrees to pay the charge for Diagnostic and Physiotherapy incur as Out-patient basis after the Covered Person was discharged from the hospital or Medical Center for such Injury or Illness as well.
- 2.13 Special Nursing Service at Home
The Company will pay the actual incurred amount with the maximum not exceeding 30 days for a Special Nurse providing nursing care at home continuously and immediately following discharge from a hospital admission in a Hospital or Medical Center. This necessity for having the nursing care at home must be certified by an Attending Physician and approved by the Company.
- 2.14 Expenses for the following treatments or medical procedures (not requiring admission in a Hospital or Medical Center)
- 1) ESWL: Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy
 - 2) Coronary Angiogram/Cardiac Catheterization.
 - 3) Phacoemulsification with intraocular lens implantation, Extra Capsular Cataract Extraction with Intraocular Lens and Pterygium.
 - 4) Laparoscopic of all kinds.
 - 5) Endoscopy of all kinds.
 - 6) Sinus operations.
 - 7) Hemorrhoid treatments by way of Injection or Rubber Band Ligation
 - 8) Excisions of Breast Mass.
 - 9) Bone Biopsy.
 - 10) Tissue Biopsy.
 - 11) Finger or Toe Amputation.
 - 12) Close Reduction of Fractures.
 - 13) Liver Puncture/Liver Aspiration.
 - 14) Bone Marrow Aspiration.
 - 15) Lumbar Puncture.
 - 16) Thoracentesis/Pleuracentesis/Thoracic Aspiration/Thoracic Paracentesis.
 - 17) Abdominal Paracentesis/Abdominal Tapping.
 - 18) Uterine Curettage, Dilation & Curettage, Fractional Curettage.
 - 19) Calposcopy, Loop diathermy.
 - 20) Bartholin's Cyst (Marsupialization of Bartholin's Cyst).
 - 21) Gamma Knife Radiosurgery
- If surgery is required, the Surgeon's Fees must be paid subject to the surgery fee rates specified in Surgical Coverage Agreement or the amount specified in the Policy Schedule
- 2.15 Psychiatric/Mental Disease as an In-Patient
The Company will pay the Covered Person the insurance benefit according to the actual amount paid per Injury/Illness or the life-time amount payable as specified in the Policy Schedule depending which amount is lower.

3. Restriction

- 3.1 The Company will cover the expenses for Bone Marrow Transplantation, Organ Transplant, and Dialysis for the actual amount but not exceed the maximum benefits as specified in the Policy Schedule as per each Injury or Illness.
- 3.2 The total amount of the insurance payment for Sections 1- 4 must not exceed the maximum benefit as specified in the Policy Schedule.

4. Additional Exclusions (applied to the hospitalization in a Hospital or Medical Center as In-patient only)

This health insurance policy does not cover expenses for the following;

- 4.1 Medicines, any treatments or diagnostics which are not related to the symptoms or unusual conditions as specified in the Physician's Report.
- 4.2 Defibrillator or Pacemaker.
- 4.3 Orthotics, Prosthesis, medical equipment, and permanent medical supplies: Hearing-aid, Glasses, Lenses, ventilator, Oxygen equipment, Vital sign measurement devices (pulse, blood pressure or temperature), crutches or various supporting equipment, wheelchairs and prosthetic parts such as artificial limbs, eyes, joints.
- 4.4 Special Nursing Services.
- 4.5 Bodily dysfunction without any appearance of pathologic abnormality including constipation, indigestion, flatulence or loss of appetite.

Coverage Agreement Expenses for Surgical Care

The Company agrees to pay the benefit for surgical treatments to the Covered Person as follows:

1. Surgeon Fees and Medical Procedures

The Company agrees to pay the fees for a Surgeon and assistant including Nurse(s) assisting to perform surgery or procedural charges by the Surgeon as a result of an Injury or Illness, details are as follows:

- 1.1 Actual expenses or the amount specified in the Surgical Table Rate Fees for any disability requiring surgery or a procedure whichever is lower.
- 1.2 In case that there is a surgical or medical procedure performed to more than one organ through the same incise, the Company agrees to pay the Surgeon Fees for the one organ that is the most coverable.
- 1.3 For all surgeries or medical procedures performed for any disability of Injury or Illness, the Company agrees to pay not greater than the maximum benefits amount as specified in the Policy Schedule.

2. Specialist Consultation Fees (in case of an operation)

The Company agrees to pay the consultation fees for consulting a specialty doctor, the consultation fees must be in relationship to the surgery, stating that:

- 2.1 The actual amount paid for the specialist doctors' consultation fees or the maximum amount specified in the Policy Schedule whichever is lower.
- 2.2 The consultation fees must be combined together with the Surgeon Fees according to the actual incurred amount not exceeding the maximum benefit amount as specified in the Policy Schedule whichever is lower.

3. Restriction

- 3.1 The Company agrees to pay the actual amount incurred for Bone Marrow Transplantation, Organ Transplant and Dialysis but not exceeding the maximum amount as specified in the Policy Schedule.
- 3.2 The total amount of the insurance payment for Sections 1 - 4 must not exceed the maximum amount as specified in the Policy Schedule.

4. Additional Exclusions (applied to surgical procedures only)

This Insurance Policy does not cover expenses for the following:

- 4.1 Medication, any treatments or diagnosis which is not related to the diagnosis, symptoms or unusual condition stated in the Physician's Report.
- 4.2 Vitamins, minerals, dairy or supplement products.
- 4.3 Defibrillator or Pacemaker.

- 4.4 **Orthotics, Prosthesis, medical equipment, medical supplies: hearing-aids, glasses, Lenses, Ventilator, Oxygen Equipment, Vital Sign Measurement Devices (pulse, blood pressure or temperature), crutches or various supporting equipment, wheelchairs and prosthetic parts such as artificial limbs, eyes, joints.**
- 4.5 **Special Nursing Services.**
- 4.6 **Bodily dysfunction without any appearance of a pathology abnormality including constipation, indigestion, flatulence or loss of appetite.**
- 4.7 **Surgery which is not recommended by the Physician or the Surgeon.**
- 4.8 **Surgery related to newborn child treatment, miscarriage, abortion, child delivery, ectopic pregnancy.**

Coverage Agreement Physician's Care

The Company agrees to pay the Covered Person the actual amount of the charges of the attending Physician, the daily visit fees during the Covered Person's admission in a Hospital or Medical Center (In-patient) or the amount limited per day or the maximum amount as specified in the Policy Schedule whichever is lower.

1. Restriction

- 1.1 The Company agrees to pay the actual amount incurred for Bone Marrow Transplantation, Organ Transplant and Dialysis but not be greater than the maximum amount as specified in the Policy Schedule as per each Injury or Illness.
- 1.2 The total amount of the insurance payment for Sections 1 - 4 must not be greater than the maximum amount as specified in the Policy Schedule.

2. Additional Exclusions (applied to Physician's care only)

This Insurance Policy does not cover expenses for the following:

- 2.1 **Medication, any treatments or diagnosis which is not related to the diagnosis, symptoms or unusual condition specified in the Physician's Report.**
- 2.2 **Vitamins, minerals, dairy or dietary supplement products.**
- 2.3 **Defibrillator or Pacemaker.**
- 2.4 **Orthotics, Prosthesis, medical equipment, medical supplies: hearing-aids, glasses, Lenses, Ventilator, Oxygen equipment, Vital sign measurement devices (pulse, blood pressure or temperature), crutches or various supporting equipment, wheelchairs and prosthetic parts such as artificial limbs and eyes.**
- 2.5 **Special Nursing Services.**
- 2.6 **Bodily dysfunction without any appearance of pathology abnormality including constipation, indigestion, flatulence or loss of appetite.**

Coverage Agreement Non-Admission in a Hospital or Medical Center (Out-Patient)

The Company agrees to pay the Covered Person the benefits for Out-Patient treatment as follows:

1. Medical Treatment for Out-Patient

The Company agrees to pay the Covered Person the charges for any Injury or Illness requiring treatment by an attending Physician, Physiotherapist, Chiropractic treatments, Acupuncture treatments when referred by an Attending Physician, Laboratory Tests, X-rays, prescribed medicines, Surgery and medical procedures performed on an Out-Patient basis, surgical equipment, Anesthetists fees and/or Nurse Anesthetist fees, wound care, Chemotherapy, Radiation Therapy. The payable amount is the actual amount or up to the maximum amount specified in the Policy Schedule.

The maximum coverage for an Out-patient visit is 1 visit per day, maximum times of visits is not greater than 30 visits per year.

2. Out-Patient Medication

The medication for Out-Patient must be prescribed by the Physician and the amount of medication given must not exceed 30 days supply from the day the Covered Person obtains treatment.

3. Restriction

- 3.1 The Company agrees to pay the actual amount incurred for Bone Marrow Transplantation, Organ Transplant and Dialysis but not exceed the maximum cover amount specified in the Policy Schedule per each Injury or Illness.
- 3.2 The total amount of the insurance payment for Sections 1 - 4 must not exceed the maximum cover amount specified in the Policy Schedule.

4. Additional Exclusions (applies to the non-hospitalization in a Hospital or Medical Center (as Out-patient) only)

This Insurance Policy does not cover expenses for the following:

- 4.1 Medication, any treatments or diagnosis which is not related to the diagnosis, symptoms or unusual condition specified in the Physician’s Report.
- 4.2 Vitamins, minerals, dairy or dietary supplement products.
- 4.3 Defibrillator or Pacemaker.
- 4.4 Orthotics, Prosthesis, medical equipment, medical supplies: hearing-aids, glasses, Lenses, Ventilator, Oxygen equipment, Vital sign measurement devices (pulse, blood pressure or temperature), crutches or various supporting equipment, wheelchairs and prosthetic parts such as artificial limbs, eyes, joints.
- 4.5 Special Nursing Services.
- 4.6 Bodily dysfunction without any appearance of pathology abnormality including constipation, indigestion, flatulence or loss of appetite.

Coverage Agreement (P.A.1)

Loss of Life, Loss of Organs, Loss of Sight or Total Permanent Disability

Dismemberment refers to the cutting of a body organ from the wrist joint or the ankle joint, and shall refer to the total loss of use of such organ with a clear medical indication that the organs will not be able to function at any time in the future.

Loss of Sight refers to be totally blind which is permanent and incurable.

Total Permanent Disability refers to Disability to the extent of being unable to perform the normal duties in the insured’s regular occupation or any other occupation totally and permanently.

Insurance Coverage

This insurance covers any losses or injuries to the Insured arising from bodily injury, which is caused by an accident, resulting in loss of life, dismemberment, loss of sight or permanent disability within 180 days from the date of the Accident or the Injury causing the Insured to receive continuous medical treatment as an In-patient in Hospital or Medical Center and loss of life occurs later because of such Injury, the Company will pay compensation in accordance with the sum insured specified in the Schedule as follows:

1	100% of Sum Insured	For loss of Life caused by accident
2	100% of Sum Insured	For Total Permanent Disability that continues for not less than 12 months after the Accident or if there is any medical indication that the Insured suffers a Total Permanent Disability
3	100% of Sum Insured	For loss of both hands (from the wrists) or loss of both feet (from the ankles) or loss of sight (both eyes)
4	100% of Sum Insured	For loss of one hand (from the wrist) and loss of one foot (from the ankle)
5	100% of Sum Insured	For loss of one hand (from the wrist) and loss of sight (one eye)
6	100% of Sum Insured	For loss of one foot (from the ankle) and loss of sight (one eye)
7	60% of Sum Insured	For loss of one hand (from the wrist)
8	60% of Sum Insured	For loss of one foot (from the ankle)
9	60% of Sum Insured	For loss of sight (one eye)

The Company will pay the above only when the highest benefit for all losses arising from an accident.

The accumulated compensation for this Insuring Agreement during the period of insurance cannot exceed the maximum sum insured as specified in the Policy Schedule. If the Company has not paid up to such maximum amount of sum insured, the remaining benefit is still valid until the expiry of the policy period.

Claim for Loss of Life

The beneficiary must submit the following documentary evidence to the Company within 30 days from the death of the Insured at their own expense:

1. The completed claim form of the Company.
2. Death Certificate.
3. A copy of autopsy report certified by in-charge Police Officer of the case or the organization that issues this report.
4. A copy of the Daily Police Report certified by the in-charge Police Officer of the case.
5. A copy of the Insured's Identification Card and House Registration with the word "death" being stamped thereon.
6. A copy of the Beneficiary's Identification Card and House Registration.

Claim for Permanent Disability or Dismemberment

The beneficiary must submit the following documentary evidence to the Company within 30 days of the diagnosis by a Physician that the Insured suffered from Total Permanent Disability or Permanent Dismemberment at their own expense:

1. Completed claim form.
2. Physician Report stating the Permanent Disability or Dismemberment.

Failure to submit the claim within the time frame will not deprive the right of the Insured to file the claim if there is a reasonable proof for failing to deliver such evidence within the specified time frame and the evidence was sent as soon as possible.

Additional Exclusions (applied to P.A.1 - Loss of Life, Loss of Organs, Loss of Sight or Total Permanent Disability only)

This Insurance Policy according to this attachment does not pay for:

1. Any loss or damage arising from or consequently resulting from the following circumstances.
 - 1.1 Any injury occurring whilst the Insured is under the influence of alcohol, narcotic drugs or intoxicating substances to the extent of being unable to control one's mind. "Being under the influence of alcohol" means there is more than 150 milligrams of alcohol per milliliter of blood.
 - 1.2 Suicide, attempting to commit suicide or self-inflicted injuries.
 - 1.3 Infections except pyogenic infections, tetanus, or rabies from a wound or suffered as a result of an Accident.
 - 1.4 Medical treatment or surgical treatment except the necessary treatment for the Injury which is covered under this Insurance Policy and occurring within the period of this Insurance Policy.
 - 1.5 Miscarriage.
 - 1.6 Dental treatment or root canal treatment except the treatment which is required within 7 days from the date of the Accident.
 - 1.7 Replacement of or new set of dentures, Dental Crowns, Artificial dentures.
 - 1.8 Food poisoning.
 - 1.9 Back pain caused by Disc Herniation, Spondylolisthesis, Degenerative Disc Disease, Spondylosis, Defect or Pars interarticularis (Spondylolysis) unless the Fracture or Dislocation of the spine was caused by accident.
 - 1.10 War, invasion or execution by foreign enemy or any acts similar to wars (whether it is declared or not), civil war, militancy, rebellions, riots, work strike, disturbance, revolution, coup, martial law declaration or any situations that causes or maintains as martial law.
 - 1.11 Terrorism.
 - 1.12 Radiation or diffusion of radiation from nuclear fuel or from any nuclear reaction due to the combustion of a nuclear fuel and from any process from the separation of nuclear particle which is selfpropagating.
 - 1.13 Explosion of radiation or nuclear or any hazardous objects which can explode in a nuclear process.
2. Any loss or damage in the following circumstances (unless the coverage is extended by endorsement)
 - 2.1 While the Insured participates in all kinds of car or boat racing, horse racing, all kinds of skiing including jet skiing, skating, boxing and parachuting (unless to save the life), while getting in, getting out or taxiing, balloons or gliders, bungee jumping, diving using an air tank/or and breathing equipment under water.
 - 2.2 While riding or being a passenger on a motorcycle.
 - 2.3 While the Insured is boarding or traveling in an aircraft which has no license for carrying passengers or does not operate as a commercial aircraft.
 - 2.4 While the Insured pilots or works as a crew in any aircraft.
 - 2.5 While the Insured is taking part in a brawl or taking part in inciting a brawl.
 - 2.6 While the Insured is committing a felony or while the Insured is being arrested, under arrest, or escaping the arrest.

- 2.7 While the Insured is performing duties as a soldier, a police representative or a volunteer and engaged in war or crime suppression. If the Insured has to be in charge of such duties longer than 30 days, the Company shall refund the premium since the date that the performing duties have started and remains until such performance is ended. After such time, the Policy shall become effective again until the expiry date as specified on the Policy Schedule.**

Section 5 Insurance Endorsements

While this Insurance Policy is in force and subject to the General Terms and Conditions, Insuring Agreements, Exclusions, and attached Endorsements of this Insurance Policy, if the Covered Person sustains Injury from an Accident or suffers from Illness after the waiting period resulting him/her to require medical care, the Company will pay for the Normal and Customary Expenses according to the Medical Necessity. The amount to be compensated is the actual expenses paid up to the maximum limit of benefit as specified in the Policy Schedule in accordance with the attached Insuring Agreement as follows:



**PACIFIC
CROSS**
HEALTH INSURANCE PCL

**Insurance Endorsement Extend to Cover
Pregnancy and Child Delivery**
(To be attached to Health and Accident Insurance ‘Lifestyle Series’)

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured’s Name:		
The Covered Person:		
Period of Insurance: from	at	hours to: at 24.00 hours.
Premium	Stamp Duty	Tax Total

The Company agrees to pay the benefit coverage for pregnancy and child delivery including physician fees for each pregnancy and child delivery for the expenses incurred in a Hospital or Medical Center subject to the Insurance Policy continuing in force not less than 280 days from the commencement date of the policy for delivery and not less than 90 days from the commencement date of the policy for miscarriage. The coverage is as follows:

1. Room and board and nursing services not exceeding the actual amount paid, or the maximum amount limited per day, or the maximum amount specified in the Policy Schedule whichever is lower.
2. General Medical Expenses include;
 - 2.1 Medical Expenses for operating theater, laboratory tests, prescribed medicines or blood transfusions.
 - 2.2 Medical Expenses for Anesthetics.
 - 2.2.1 Physician’s fee for Child Delivery.
 - 2.2.2 Antenatal Care (ANC) and post-partum care.
 - 2.2.3 Ambulance Services.
3. Surgical Services related to Child Delivery or Miscarriage by Physician and Surgeon.
4. The Insurance Coverage for each pregnancy will be covered but not exceeding;
 - 4.1 The actual amount paid but not exceeding the maximum cover amount specified in the Policy Schedule for a normal child delivery or elective surgical delivery which is planned in advance without indication or Medical Necessity.
 - 4.2 The actual amount paid but not exceeding the maximum cover amount specified in the Policy Schedule for a surgical delivery.
 - 4.3 The actual amount paid but not exceeding the maximum cover amount specified in the Policy Schedule for Dilatation and Curettage and the surgical cost in case of ectopic pregnancy.

Restrictions

1. The Company will not pay the insurance benefit for the medical expenses whilst the Covered Person is admitted to a Hospital or Medical Center within 280 days from the date that this Insurance Endorsement is in force.
2. The Company will not pay the insurance benefit for medical treatment unrelated to Child Delivery unless the treatment that is necessary to save the mother or the newborn’s life.

Additional Exclusion (applied to Insurance Endorsement Extended to Cover “Pregnancy and Child Delivery” only)

This Insurance Benefit does not cover a Special Nurse Service.

If any statement in this Insurance Endorsement is in conflict with any statement in the Insurance Policy, it is to be agreed that this Insurance Policy extends to cover the above Insurance Endorsement.

Other conditions in this Insurance Policy and its other exclusion remain unchanged.

**Insurance Endorsement Extended to Cover
Dentistry**

(To be attached to Health and Accident Insurance ‘Lifestyle Series’)

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured’s Name:		
The Covered Person:		
Period of Insurance: from	at	hours to: at 24.00 hours.
Premium	Stamp Duty	Tax Total

Additional Benefit: It is agreed that during the period of insurance as specified in this Insurance Endorsement, the Insurance Policy extends to cover losses or any damages caused by or resulting from, or occurring at the following times, only in the Coverage Agreement with the insured amount specified.

The Company agrees to pay the Covered Person the insurance benefit for the cost of dental diagnostic and treatment performed by a Dentist, the coverage is 80% of the actual amount paid but not exceeding the maximum amount payable as specified in the Policy Schedule.

The coverage for dental treatment is as follows:

1. Tooth and oral examination maximum 2 visits/year.
2. Scaling maximum 2 visits/year.
3. Topical fluoride (for the insured person age not over 12 years old).
4. X-ray maximum 2 visits/year.
5. Filling maximum 2 visits/year.
6. Extraction
7. Root Canal treatment
8. Impacted tooth
9. Plastic removable dentures
10. Porcelain or Metal Crowning and orthodontics including dental treatment with a modern innovation is limited to 30,000 Baht per Insurance Policy Year, subject to the maximum benefit allowable under the Coverage Agreement for the Dental Benefit as specified in the policy.

Additional Conditions (applied to Insurance Endorsement of Dentistry only)

All conditions of a complete oral and dental examination includes having a full set of X-rayed teeth, recording damaged or at fault teeth by the Dentist in the Oral and Dental Examination Form as specified by the Company at the first time that the Covered Person is examined, is considered to be a Pre-Existing Condition and not subject to cover. However, the cost of the first time for examination will be covered under the dental treatment Coverage Agreement. The oral examination report, complete dental examination recorded by the Dentist including completion of a dental x-ray according to the form specified by the Company must be submitted to the Company for consideration along with the claim documents according to the benefits of dentistry.

Additional Exclusions (applied to the Insurance Endorsement of Dentistry only)

This Insurance Endorsement does not cover for;

1. Request for treatment or surgical dentistry without dentist’s recommendation including dental services unnecessary to be treated.
2. All types of Orthotics and Prosthetics.
3. Any elective treatment for physical appearance e.g. Tooth Whitening, and treatments for gaps or a discolored tooth.
4. Treatment for teeth-grinding including the treatment for sleep disorders.
5. All types of Braces (Orthodontics) and/or Occlusal Adjustment.

The Company’s responsibility must not exceed the maximum coverage amount as specified in this Insurance Endorsement.

If any statement in this Insurance Endorsement is in conflict with any statement in this Insurance Policy, it is to be agreed that this Insurance Policy extends to cover the above Insurance Endorsement.

Other conditions in this Insurance Policy and its other exclusion remain unchanged.

**Insurance Endorsement Extend to Cover
Visual Examination, Visual Acuity and Eyesight**
(To be attached to Health and Accident Insurance ‘Lifestyle Series’)

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured’s Name:		
The Covered Person:		
Period of Insurance: from	at	hours to: at 24.00 hours.
Premium	Stamp Duty	Tax Total

Additional Benefit: It is agreed that in the period of insurance as specified in this Insurance Endorsement, the Insurance Policy extends to cover losses or any damages caused by or resulting from, or occurring at the following times, only in the Coverage Agreement with the insured amount specified.

The Company will pay 80% of actual Normal and Customary Expenses but not exceeding the maximum coverage amount specified in the Policy Schedule when the eyesight has changed from that previously recorded.

The coverage for a visual examination, visual acuity and eyesight measurement are as follows:

- Expense for Visual Examination and Visual Acuity.
- Expense for Glasses, Sunglasses (these must be based on Ophthalmologist’s recommendation) and Contact Lenses. Glasses or Sunglasses are limited to 1 item or 1 set per Insurance Policy Year.

Specified Condition

Eye examinations include eyesight measurement recorded by the Ophthalmologist in the Vision Examination Form as specified by the Company at the first time that the Covered Person is examined it is considered to be Pre-Existing Condition and not subject to cover. However, the cost of the first time for examination will be covered under the eyesight measurement and ability of vision Coverage Agreement. The Eye examination includes eyesight measurement recorded in the Vision Examination Form must be submitted to the Company for consideration along with the claim documents according to the benefits of this Insurance Endorsement.

Additional Exclusions (applied to the Insurance Endorsement of Visual Examination, Visual Acuity and Eyesight)

The Insurance Endorsement does not cover expenses for surgery to correct eye sight or vision ability including medical expenses caused by the complications that follow or the consequences of such treatment.

If any statement in this Insurance Endorsement is in conflict with any statement in this Insurance Policy, it is to be agreed that this Insurance Policy extends to cover the above Insurance Endorsement.

Other conditions in this Insurance Policy and its other exclusion remain unchanged.

**Insurance Endorsement Extended to Cover
Medical Devices and Artificial Organs**

(To be attached to Health and Accident Insurance 'Lifestyle Series' for in-patient hospitalized in a Hospital or Medical Center)

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured's Name:		
The Covered Person:		
Period of Insurance: from	at	hours to: at 24.00 hours.
Premium	Stamp Duty	Tax Total

Additional Definitions

Organ	means	A biologic structure composed of two or more types of tissues working to perform functions that are beyond the scope of an individual tissue type. An organ is a therefore a collection of tissues joined in a structural unit to serve a common function.
Artificial Organ	means	The biological structure that consists of two or more tissue types whether the tissue is of human or animal to perform together in each function that is the specific function of that structure which has been invented or created to be used or inserted or embedded into the body of the Covered Person for replacement, repair or restoration or to maintain the function of such organ.
Medical Device	means	Tools, facilities, mechanical equipment or similar components inserted or embedded in the body of the insured to diagnose, prevent or treat the body's abnormalities.
Permanent Device	means	Tools, facilities, mechanical equipment or similar components inserted or integrated into the body of the Covered Person to diagnose, prevent or treat the body's abnormalities and has an expected useful life expectancy of 5 years or longer.

Additional Benefit: It is agreed that in the period of insurance as specified in this Insurance Endorsement, the Insurance Policy extends to cover losses or any damages caused by or resulting from, or occurring at the following times, only in the Coverage Agreement with the insured amount specified.

The Company shall not cover the expenses of medical devices and/or any permanent artificial organs that have been implanted or inserted into the body of the Covered Person within 5 year-period from the commencement date of the policy.

After 5 years from the commencement of the policy, the Company shall cover for the permanent implanted medical devices and artificial organs to the Covered Person in accordance with the Policy Schedule in which the Company shall reimburse for the actual amount paid and only applicable to the Hospitalization in the Hospital or Medical Center as In-patient on a normal, customary and reasonable basis with a cover limit but not exceeding the maximum cover amount specified in the Policy Schedule.

For the costs of the artificial cornea lens - Artificial Lens implantation for cataract surgery are subject to cover at the Normal and Customary Expenses for only mono focal lens implantation.

The costs of dental implantation and dental implant procedures and their complications are excluded from the cover.

The Company agrees to pay for the expenses of medical devices and permanent artificial organs subject to the Coverage Agreement of Hospitalization or treatment in a Hospital or Medical Center (In-patient) No.2. Hospital and General Expenses whereas the eligible cover amount to be paid when combined with the expenses of artificial organs and/or medical devices shall not be greater than the actual paid amount or the maximum benefit amount specified in the Policy Schedule, depends on whichever is lower.

If any statement in this Insurance Endorsement is in conflict with any statement in this Insurance Policy, it is to be agreed that this Insurance Policy extends to cover the above Insurance Endorsement.

Other conditions in this Insurance Policy and its other exclusion remain unchanged.

**Insurance Endorsement Extended to Cover
Motorcycle**

(To be attached to Health and Accident Insurance 'Lifestyle Series')

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured's Name:		
The Covered Person:		
Period of Insurance: from	at	hours to: at 24.00 hours.
Premium	Stamp Duty	Tax Total

As stated on the policy schedule

Additional Benefit: It is agreed that in the period of insurance as specified in this Insurance Endorsement, the Insurance Policy extends to cover loss of life, loss of organs, loss of sight, or total permanent disability caused by or resulting from accident, or while the Covered Person rides or being a passenger on a motorcycle for the benefits coverage as specified in the Policy Schedule.

If any statement in this Insurance Endorsement is in conflict with any statement in this Insurance Policy, it is to be agreed that this Insurance Policy extends to cover the above Insurance Endorsement.

Other conditions in this Insurance Policy and its other exclusion remain unchanged.



Note



PACIFIC
CROSS

HEALTH INSURANCE PCL



A member of the Pacific Cross Group of Companies

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

โทรศัพท์ : 02 401 9189
โทรสาร : 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
E-mail : contactus@th.pacificcrosshealth.com



Scan here to get
quick assistance