



หมวดกังวลจากการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

คุ้มครอง การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (IPD) วงเงินต่อปีกรมธรรม์ประกันภัยแบบเหมาจ่าย สูงสุด 1,000,000 บาท
ครอบคลุม การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) สูงสุด 2,000 บาท/ครั้ง (สูงสุด 30 ครั้ง/ปี)
เพิ่มความสะดวก ด้วยบริการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านแอปพลิเคชัน Clicknic

ตารางความคุ้มครอง

หน่วย: บาท

ความคุ้มครอง	ผลประโยชน์		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน (IPD)			
หมวดที่ 1 ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)			
1.1 ค่าห้องผู้ป่วยปกติ ต่อวัน (สูงสุด 60 วัน ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	4,000	6,000	8,000
1.2 ค่าห้องผู้ป่วยหนัก ต่อวัน (สูงสุด 15 วัน ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	8,000	12,000	16,000
หมวดที่ 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 3 ค่าผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา (สูงสุด 60 วัน ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน			
หมวดที่ 6 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ต่อเนื่องหรือเกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมง ของการเกิดอุบัติเหตุต่อครั้ง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 8 ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แต่ละครั้งต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*
หมวดที่ 9 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*
หมวดที่ 10 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคเนื้องอกหรือมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*
หมวดที่ 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*	ไม่คุ้มครอง*
หมวดที่ 12 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
หมวดที่ 13 ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
ผลประโยชน์สูงสุด	300,000	700,000	1,000,000
ผลประโยชน์หมวดที่ 1-7 และ 12-13 รวมทุกรายการสูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			
หมวดความคุ้มครองเพิ่มเติม			
ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) วันละ 1 ครั้ง (สูงสุด 30 ครั้งต่อปีกรมธรรม์) ครั้งละไม่เกิน (ทั้งนี้ ให้ความคุ้มครองรวมถึงการรักษาผ่านระบบ Telemedicine)	1,000	1,500	2,000

*หมายเหตุ: ความคุ้มครองหมวดที่ 8-11 กรณีเป็นการรักษาที่ไม่ได้เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจะได้รับความคุ้มครองภายใต้วงเงินผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก



ตารางเบี้ยประกันภัย*

หน่วย: บาท

หน่วย: บาท

อายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3
16-20	12,800	18,700	26,200
21-25	13,500	19,600	27,300
26-30	15,100	21,900	30,100
31-35	16,800	25,400	35,000
36-40	18,600	29,300	40,500

อายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3
41-45	19,900	31,700	43,600
46-50	20,500	32,600	44,700
51-55	24,600	36,800	47,500
56-60	28,300	41,300	57,400
61-70 (ต่ออายุเท่านั้น)	28,300	41,300	57,400

เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. รับประกันภัยบุคคลสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 16-60 ปี และสามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้ต่อเนื่องถึงอายุ 70 ปี
2. เบี้ยประกันภัยปรับเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ
3. ในการคำนวณอายุ เศษของวันหรือเดือนให้ปัดขึ้น
4. บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ สำหรับโรคเรื้อรังการบาดเจ็บการเจ็บป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ที่ยังมีได้รักษาให้หายก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก
5. ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period):
 - 5.1 บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สำหรับการเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน หลังจากที่มีการมีผลบังคับเป็นครั้งแรก และ
 - 5.2 บริษัทฯ จะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สำหรับการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน หลังจากที่มีการมีผลบังคับเป็นครั้งแรก
 - หนองอก งูน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด - ริดสีดวงทวาร
 - ไส้เลื่อนทุกชนิด - ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก
 - การตัดทอนซิล หรือดีนอยด์ - นิ้วทุกชนิด
 - เส้นเลือดขาดที่ขา - เยื่อหูโพรงมดลูกเจริญผิดที่
6. บริษัทฯ จะให้ความคุ้มครองการรักษานอกประเทศไทยเฉพาะการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่สามารถคาดการณ์ได้ระหว่างอยู่ในต่างประเทศ จนเป็นเหตุให้ต้องได้รับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน
7. ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี

หมายเหตุ

1. ควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
2. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า
3. เบี้ยประกันภัยดังกล่าวรวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว
4. เบี้ยประกันภัยดังกล่าวมีผลถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 เท่านั้น





ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบพิเศษ
SPECIAL PERSONAL HEALTH AND ACCIDENT APPLICATION FORM

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

Applicant's Personal Information

ชื่อ - นามสกุล เพศ ชาย หญิง
Name-Surname Gender Male Female
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เชื้อชาติ / สัญชาติ
Date of Birth Age Yrs. Nationality
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง
Identity Card No. Passport No.
ที่อยู่ตามภูมิลำเนาเดิม เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน
Residence Address House No. Village No./Moo Village/Mooban
อาคาร เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย
Building Room No./Floor Lane/Soi
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
Road Sub district/Tambon District/Amphoe
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
Province Postcode
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
Home Telephone No. Mobile Phone No. Email

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

The Beneficiary's Personal Information

ชื่อ - นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
Name-Surname Relationship to the Applicant

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

Period of Insurance

เริ่มต้นวันที่ เวลา น. ถึงสิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.
From At Hrs. To At Hrs.

4. แผนประกันภัย

Package Plan

5. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

Health and Other Declarations

ท่านเป็นหรือเคยเป็นหรือมีการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการตรวจรักษา ตลอดจนรับการรักษาและคำแนะนำ
จากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” หรือ “ไม่มี” ในตารางต่อไปนี้ ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี”
กรุณาแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการปัจจุบัน)

Are you having/have you ever had/are you aware that you have/have you been diagnosed or examined and given advice or suggestions by
doctor as having any of the following diseases? (Please put ✓ either in the ‘No’ or ‘Yes’ space in the table below. If your answer is ‘Yes’
please provide details about relevant medical treatments and current symptoms.)

ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
ความดันโลหิตสูง	High Blood Pressure/ Hypertension (HT)			
HIV/ โรคเอดส์/ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	HIV/ AIDS/ IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME			
เบาหวาน	Diabetes mellitus (DM)			
การอุดตันของเส้นเลือด	Thrombosis			
โรคตับแข็ง	Cirrhosis			



ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
โรคไตวายเรื้อรัง	Chronic renal failure (CRF)/ Chronic kidney Disease (CKD) / End State Renal Failure (ESRD)			
น้ำท่วมปอด	Pulmonary Edema			
โรคหัวใจทุกชนิด	Heart disease			
โรคที่เกี่ยวกับสมองทุกชนิด	All type of Brain disorders			
หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน	Hemorrhagic stroke or Ischemic stroke			
โรคทางจิตเวช	Psychosis			
โรคเลือดทุกชนิด	Hematologic diseases			
โรค SLE/DLE โรคภูมิแพ้ตัวเอง	Systemic lupus erythematosus / Discoid lupus erythematosus			
ธาลัสซีเมีย	Thalassemia			
โรคคาวาซากิ	Kawasaki's Disease			
หลอดลมโป่งพอง	Bronchiectasis			
โรคถุงลมโป่งพอง / กลุ่มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Emphysema / Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD			
ม้ามโต	Splenomegaly			
ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	Hepatitis B,C Virus			
มะเร็งทุกชนิด	Cancer			
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	Leukemia			
พิษสุราเรื้อรัง	Alcoholic Disorder/ Alcoholism			
ลมบ้าหมู/ลมชัก	Epilepsy			
อัมพฤกษ์/อัมพาต	Paresis/Paralysis			
พาร์กินสัน	Parkinson			
อัลไซเมอร์	Alzheimer			
โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง	Chronic gastritis			
ไมเกรน	Migraine			



ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
เนื้องอกร้าย	Malignant หรือ Cancerous Tumor			
ไทรอยด์เป็นพิษ/ไฮเปอร์ไทรอยด์	Hyperthyroidism			
หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	Herniated Disc			
กระดูกพรุน	Osteoporosis			
แขน ขา ขาดจากโรคหรือการเจ็บป่วย	Loss of extremity limbs From illness			
แขน ขา ขาดจากอุบัติเหตุ	Loss of extremity limbs from accident			
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	Covid-19			กรณีที่ระบุว่ามี กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาเพิ่มเติมดังนี้: In the event that "yes" is indicated, please specify additional treatment details as follows: 1. โรงพยาบาลที่รักษา Hospital name 2. จำนวนวันที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล length of hospital stays วัน days 3. ท่านพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยประเภทใด What type of patient room do you stay in? <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยปกติ Inpatient Room จำนวนวันที่พักรักษา length of stay วัน days <input type="checkbox"/> ห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ICU Room จำนวนวันที่พักรักษา length of stay วัน days
โรคหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ	Any Diseases			

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอสิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to claim for personal income tax deduction with this health insurance premium?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อ สรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department.

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department

ไม่มีความประสงค์
 No



ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทผู้รับประกันภัยในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า

I hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I declare that above statements are complete and true. I agree to have this application form included in the contract between I and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the insurance company cancel this insurance policy. Besides, I also authorize the insures/s of this insurance to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I agree to let the company collect, use and declare the insured's information to the Office of Insurance Commission for regulation of insurance business.

.....
(.....)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Signature of Applicant

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

วัน/เดือน/ปี
Date/Month/Year

การประกันภัยโดยตรง
Direct

ตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent

นายหน้าประกันวินาศภัย
Broker

ใบอนุญาตเลขที่
License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder of Office of Insurance Commission (OIC)

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.