LMG Insurance PCL
is now a Chubb Company

CHUBB®

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ อีลิท พลัส

สุดยอดหลักประกันภัยสุขภาพ ที่ให้ความคุ้มครองระดับท็อป

สบายใจด้วยความคุ้มครองที่หลากหลายไร้กังวลเมื่อต้องเข้ารักษาตัว

เริ่มดูแลสุขภาพของคุณตั้งแต่วันนี้ด้วยประกันภัยสุขภาพแผนอีลิท พลัส จากเราที่ให้อิสระกับคุณในการเลือก สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับคุณ โดยไม่ต้องซื้อประกันประเภทอื่น ๆ ก่อนเลย นอกจากนี้เรายังเข้าใจว่าคุณวางแผนชีวิตไว้อย่างชาญฉลาดประกันแผนนี้จึงเหมาะกับคุณ เมื่อถึงเวลาต้องเข้าโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่จะมีค่าใช้จ่ายที่ซ่อนอยู่หลายส่วนตั้งแต่การรักษาทางเลือก และค่าผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน เราเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้เป็นการสูญเสียทางการเงินที่คุณไม่ควรที่จะต้องยอมรับทั้งหมด ให้กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ อีลิทพลัส เป็นตัวช่วยเมื่อเข้าโรงพยาบาลให้มีอิสระในการเลือกผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและดูแลค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ด้วยความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงนี้จะสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของคุณให้หายเจ็บป่วยรวดเร็วยิ่งขึ้น

จุดเด่นของผลิตภัณฑ์

- มอบความคุ้มครองผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วโลก
- มอบความคุ้มครองการคลอดบุตร[1]
- เลือกซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมทางทันตกรรมและสายตา
- ไม่ต้องสำรองจ่ายกับสถานพยาบาลในเครือข่ายมากกว่า 300 แห่งทั่วประเทศ[2]

หมายเหตุ
[1]ขึ้นอยู่กับแผน และ/หรือ ความคุ้มครองที่เลือก
[2]ท่านอาจต้องสำรองจ่าย ในกรณีที่บริษัทฯ ต้องตรวจสอบสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกัน

ตารางความคุ้มครอง

รายละเอียดตารางผลประโยชน์		จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
		บรอนซ์	ซิลเวอร์	โกลด์
ความคุ้มครองสูงสุดต่อปี		5,000,000	20,000,000	80,000,000
ความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		1,000,000	5,000,000	20,000,000
1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน				
หมวดที่ 1	ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
	1.1 ค่าห้องผู้ป่วยทั่วไป (ตามจริงสูงสุดต่อวัน)	5,000	8,000	16,000
	1.2 ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤติ	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		
หมวดที่ 2	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการพยาบาล ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ วงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
	2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย 2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการพยาบาล 2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		
หมวดที่ 3	ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา (ตามจริงสูงสุดต่อวันและรวมแล้วไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1])	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		
หมวดที่ 4	ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ วงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
	4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ 4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ 4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการ สำหรับแพทย์ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor fee) 4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม วิสัญญีแพทย์ (Doctor fee)	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		
	4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ได้แก่ ตับ ตับอ่อน ไต หัวใจ ปอด และการปลูกถ่ายไขกระดูก	500,000	1,000,000	1,000,000
หมวดที่ 5	การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) วงเงินสูงสุดต่อต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		
2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน				
หมวดที่ 6	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ต่อเนื่องเกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
	6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในและเกิดขึ้นภายใน 60 วัน หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน 6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้ง สำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ภายใน 30 วัน หลังจากออกจากการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย)	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง | เอกสารนี้เป็นเพียงแค่สื่อประชาสัมพันธ์เท่านั้น

รายละเอียดตารางผลประโยชน์		จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
		บรอนซ์	ซิลเวอร์	โกลด์
หมวดที่ 7	ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมง ของการเกิดอุบัติเหตุต่อครั้ง	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		
หมวดที่ 8	ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู ค่าบริการกายภาพบำบัด ภายใน 30 วันหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แต่ละครั้งต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวดที่ 9	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			
หมวดที่ 10	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษาเวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			
หมวดที่ 11	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย			
หมวดที่ 12	ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วย ในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวดที่ 13	ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวดที่ 14	การรักษาแบบประคับประคอง[A] (คุ้มครองสูงสุด 12 เดือนตลอดชีพ)			
หมวดที่ 15	การรักษาโรคทางจิตเวชและกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยา (สูงสุดต่อปี)[AB]	ไม่คุ้มครอง	100,000	200,000
หมวดที่ 16	การดูแลโดยพยาบาลพิเศษ สูงสุด 30 วัน หลังออกจากโรงพยาบาลตามแพทย์สั่ง	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]		
หมวดที่ 17	การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนจีน การฝังเข็ม การจัดกระดูก ไคโรแพรคติก[B]			
	17.1 การรักษาโดยแพทย์ทางเลือกในเครือข่ายโรงพยาบาลหรือคลินิกที่บริษัทกำหนด[B]	ไม่คุ้มครอง	30,000 ต่อปี	50,000 ต่อปี
	17.2 การรักษาโดยแพทย์ทางเลือกนอกเครือข่ายโรงพยาบาลหรือคลินิกที่บริษัทกำหนด[B]	ไม่คุ้มครอง	2,000 ต่อครั้ง สูงสุด 10 ครั้งต่อปี	2,000 ต่อครั้ง สูงสุด 10 ครั้งต่อปี
หมวดที่ 18	การตรวจสุขภาพและการฉีดวัคซีน[AB]			
	18.1 การตรวจสุขภาพ[AB]	ไม่คุ้มครอง	3,000 ต่อปี	3,000 ต่อปี
	18.2 ค่าใช้จ่ายในการรับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก และ/หรือไข้หวัดใหญ่วงเงินสูงสุดต่อปีกรมธรรม์[AB]	ไม่คุ้มครอง	1,000 ต่อปี	2,000 ต่อปี
หมวดที่ 19	กรณีการคลอดตามปกติ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร โดยใช้เครื่องมือช่วยการผ่าคลอดโดยตั้งใจ (ระยะเวลารอคอย 280 วัน)[AB]	ไม่คุ้มครอง	100,000	150,000
	กรณีการแท้งบุตร (ระยะเวลารอคอย 90 วัน)[AB]	ไม่คุ้มครอง	50,000	75,000
	กรณีผ่าท้องเพราะการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือการคลอดบุตรโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน (ระยะเวลารอคอย 280 วัน)[AB]	ไม่คุ้มครอง	200,000	300,000
หมวดที่ 20	การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ (อบ.1) รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย และ/หรือ อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์	100,000	200,000	200,000
หมวดที่ 21	ค่าปลงศพ หรือค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย[A]	ไม่คุ้มครอง	10,000	15,000

ความคุ้มครองเลือกซื้อเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
	บรอนซ์	ซิลเวอร์	โกลด์
การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก)	2,000 ต่อครั้ง (30 ครั้งต่อปี)	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]	
1 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก			
2 ยารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก			
ทันตกรรม (จ่ายสูงสุด 80% ของค่ารักษาทันตกรรมปกติ)[B]	80,000 ต่อปี		
การตรวจทางด้านสายตา (จ่าย 80% ของค่าตรวจสายตาและเลนส์สายตา)[B]	10,000 ต่อปี		

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง | เอกสารนี้เป็นเพียงแค่สื่อประชาสัมพันธ์เท่านั้น

ความรับผิดส่วนแรก	
ความรับผิดส่วนแรก 50,000 บาทต่อคน ต่อรอบปี	ส่วนลด 20%
ความรับผิดส่วนแรก 100,000 บาทต่อคน ต่อรอบปี	ส่วนลด 30%

หมายเหตุ
- ส่วนลดความรับผิดส่วนแรก เลือกได้ในกรณีที่ซื้อความคุ้มครองผู้ป่วยในอย่างเดียว เท่านั้น
- ส่วนลดความรับผิดส่วนแรกไม่สามารถเลือกซื้อได้ กรณีเลือกซื้อความคุ้มครองสำหรับผู้ป่วยนอก หรือ ความคุ้มครองเพิ่มเติม ทันตกรรม หรือการตรวจทางด้านสายตา เป็นต้น

ตารางส่วนลด	
ส่วนลดครอบครัวสำหรับสมาชิกตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปและต้องสมัครพร้อมกันเท่านั้น	ส่วนลด 5%

บริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นยังภูมิลำเนา และบริการเคลื่อนย้ายศพ

การให้บริการความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือคนไข้ในภาวะฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง / 7 วัน ทางการแพทย์ระหว่างการเดินทาง จะเริ่มคุ้มครองเมื่อผู้เอาประกันภัยเดินทางห่างจากที่อยู่อาศัยปัจจุบันที่ระบุในกรมธรรม์ไม่ต่ำกว่า 150 กิโลเมตร หรือข้ามพรมแดน ทั้งนี้ระยะเวลาของการเดินทางจะต้องติดต่อกันสุงสุดไม่เกิน 45 วัน

หมายเหตุ ที่อยู่อาศัยหลักคือประเทศไทยเท่านั้น

1	บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นยังภูมิลำเนา วงเงินตามจริงสูงสุดไม่เกิน	30,000,000 บาท
2	บริการเคลื่อนย้ายศพ วงเงินตามจริงสูงสุดไม่เกิน	1,000,000 บาท

อาณาเขตความคุ้มครองหลัก

กรณีความคุ้มครองนอกประเทศไทย
- การรักษาพยาบาลนอกประเทศไทย บริษัทฯ จะให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ยกเว้นประเทศสหรัฐอเมริกา
- สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา บริษัทจะให้ความเฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และ/หรือ การรักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น
- จำกัดความคุ้มครองสูงสุด 45 วันต่อการเดินทางครั้งใดครั้งหนึ่งที่อยู่นอกอาณาเขตประเทศไทย
- การรักษาพยาบาลนอกประเทศไทย ลูกค้าต้องสำรองจ่ายทุกกรณี
- กรณีเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐหรือสถาบันการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัยในการแปลเอกสารส่งให้บริษัทฯ
- บริษัทฯ จะจ่ายค่าทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร และความรับผิดส่วนแรก (ถ้ามี) แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดตามที่ได้ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย เป็นสกุลเงินไทยบาทตามอัตราและเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทยตามวันที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน

การขอเลือกเข้ารับรักษานอกประเทศไทย บริษัทฯ จะให้ความคุ้มครองก็ต่อเมื่อ
3.1 ไม่ใช่การรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกา
3.2 ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและขออนุมัติจากบริษัทก่อนการรักษาเท่านั้น
3.3 บริษัทฯ จะให้ความคุ้มครองเทียบเท่าการรักษาในประเทศไทยเท่านั้น และจ่ายสินไหมเป็นเงินสกุลบาท

หมายเหตุ

1. [1]**การพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (Per Confinement)** หมายถึง การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง และให้รวมถึงการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ในโรงพยาบาล ไม่ว่ากี่ครั้งก็ตาม ด้วยเหตุจากการบาดเจ็บหรือการป่วยเดียวกัน และยังรักษาไม่หาย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง หรือต่อเนื่องกัน ทั้งนี้ ภายในระยะเวลา 90 วัน นับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล ครั้งสุดท้าย ก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าพักรักษาตัวครั้งเดียวกันด้วย
2. ความคุ้มครองตามตารางผลประโยชน์ คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ สูงสุดไม่เกินวงเงินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง[1]
3. **ความจำเป็นทางการแพทย์** หมายถึงความจำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์ หรือบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เพื่อการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาการบาดเจ็บหรือการป่วยโดยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขดังนี้ (1) ต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาตามภาวะการบาดเจ็บ หรือการป่วยของผู้เอาประกันภัย (2) ต้องสอดคล้องกับมาตรฐานทางการแพทย์ (3) ต้องมิใช่เพื่อความสะดวกของผู้เอาประกันภัยหรือ ครอบครัวผู้เอาประกันภัย หรือ ของผู้ให้บริการรักษาพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว
4. จำนวนวัน ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพยาบาล สำหรับห้องผู้ป่วยธรรมดา ห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) และ ห้องผู้ป่วยวิกฤต (CCU) รวมกันสูงสุดไม่เกิน 365 วัน
5. ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง หลังการเกิดอุบัติเหตุ ให้รวมถึงการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากวันที่รับการรักษาเป็นครั้งแรก โดยจ่ายไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือสูงสุดไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์
6. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณาคุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจ MRI, PET & CT scan ตามความจำเป็นทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ ค่าตรวจ MRI, PET & CT scan ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและขออนุมัติจากบริษัทฯ ก่อนการรักษาเท่านั้น

7. การรักษาในโรงพยาบาลนอกอาณาเขตประเทศไทย บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์ตามอัตราแลกเปลี่ยนที่เกิดขึ้นในวันที่ที่ระบุไว้ในใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล กรณีเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐ หรือสถาบันการแปลที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัยในการแปลเอกสารส่งให้บริษัทฯ
8. แผนประกันภัยนี้คุ้มครองการรักษาในโรงพยาบาลนอกอาณาเขตประเทศไทย ทั้งนี้จำกัดระยะเวลาของการเดินทางนอกประเทศไทยในแต่ละเที่ยวจะต้องติดต่อกันและสูงสุดไม่เกิน 45 วัน
9. คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์รวมความคุ้มครองทุกหมวดแล้ว ต้องไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษา เป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง และความคุ้มครองสูงสุดต่อปี
10. การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การชำระเบี้ยประกันภัยผ่านตัวแทนประกันภัยหรือนายหน้าประกันภัยเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
11. อีลิทพลัส เป็นชื่อทางการตลาดของกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล อีลิทพลัส
12. เอกสารฉบับนี้มิใช่ส่วนใดส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย
13. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง ความสูญเสีย การบาดเจ็บ ความเสียหาย หรือความรับผิดทางกฎหมายที่เกิดขึ้นโดยตรง หรือโดยอ้อมในประเทศต่าง ๆ ที่ได้รับการคว่ำบาตรจากสหประชาชาติ หรือได้รับการคว่ำบาตรทางการค้า หรือเศรษฐกิจ กฎหมาย หรือข้อบังคับของสหภาพยุโรป สหราชอาณาจักร หรือสหรัฐอเมริกา
14. การรักษาแบบประคับประคอง หมายถึง โปรแกรมการดูแลทางการแพทย์ ทางจิตวิทยา ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สำหรับบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยในระยะสุดท้าย การรักษาต้องได้รับคำสั่งจากแพทย์ และต้องเป็นการรักษาของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล และการดูแลนี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ระยะ 12 เดือน และความคุ้มครองสูงสุด 12 เดือนตลอดชีพ
15. กรณีต้องการใช้ความคุ้มครองผลประโยชน์แพทย์ทางเลือก ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบ เพื่อเชคสิทธิ์และตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลที่ให้บริษัทฯ และขออนุมัติจากบริษัทฯ ก่อนการรักษาเท่านั้น
16. เบี้ยประกันภัยต่อปี (บาท) รวมอากรแสตมป์ 0.4%

[A]เงื่อนไขระยะเวลารอคอย

1. การป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นครั้งแรก หรือวันที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลังหรือ
2. การป่วยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นครั้งแรก หรือวันที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลัง เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไส้เลื่อนทุกชนิด ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก การตัดทอนซิล หรืออดีนอยด์ นิ่วทุกชนิด เส้นเลือดขอดที่ขา และเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่
3. ความคุ้มครองค่าปลงศพ มีระยะเวลารอคอย 180 วัน กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย
4. การตรวจสุขภาพและการฉีดวัคซีน ผู้ทำประกันต้องได้รับความคุ้มครองต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
5. การรักษาแบบประคับประคอง (Hospice and Palliative Care) ผู้ทำประกันต้องได้รับความคุ้มครองต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
6. การรักษาโรคทางจิตเวชและกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยา ผู้ทำประกันต้องได้รับความคุ้มครองต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
7. ความคุ้มครองการคลอดบุตร ผู้ทำประกันต้องได้รับความคุ้มครองจะต้องเอาประกันภัยมาแล้วเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 280 วันสำหรับการคลอดบุตร และไม่น้อยกว่า 90 วันสำหรับการแท้งบุตร

[B]เงื่อนไขความคุ้มครองที่ลูกค้าต้องสำรองจ่าย

หมายถึง ผู้เอาประกันต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับความคุ้มครองดังต่อไปนี้ และนำใบรับรองแพทย์พร้อมใบเสร็จรับเงินตัวจริงส่งเรียกร้องค่าสินไหมกับบริษัทภายหลังทุกครั้ง

1. ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร
2. การรักษาพยาบาลด้วยแพทย์ทางเลือก เช่น ไคโรแพรคติก การฝังเข็ม
3. ค่าใช้จ่ายในการรับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก และ/หรือไข้หวัดใหญ่
4. ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ
5. ทันตกรรม (จ่ายสูงสุด 80% ของค่ารักษาทันตกรรมปกติ)
6. การตรวจทางด้านสายตา (จ่าย 80% ของค่าตรวจสายตาและเลนส์สายตา)
7. การรักษาโรคทางจิตเวชและกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยา
8. ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และ เกิดขึ้นภายใน 60 วัน หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

คุณสมบัติผู้ขอเอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุตั้งแต่ 15 วัน ถึง 70 ปีบริบูรณ์
2. ผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุระหว่าง 15 วัน ถึง 15 ปี บริบูรณ์ ต้องสมัครพร้อมกับบิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง (ผู้ใหญ่) 1 ท่าน (ผู้ใหญ่อายุ 20-55 ปี) โดยผู้เยาว์ต้องถือแผนความคุ้มครองเท่ากับผู้ใหญ่ โดยเด็ก 1 ท่าน ต่อผู้ใหญ่ 1 ท่าน
3. ผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุระหว่าง 15 วัน ถึง 12 ปีบริบูรณ์ แนบสำเนาประวัติสุขภาพเด็ก ที่ทางโรงพยาบาลออกใหม่ตอนแรกเกิด ที่มีข้อมูลประวัติการเกิด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ
4. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องถือสัญชาติไทย หรือพำนักอยู่ในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 6 เดือนในช่วงระยะเวลา 12 เดือน
5. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องกรอกข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยและตอบคำถามสุขภาพตามความจริงให้ครบถ้วน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือ Passport ของผู้สมัคร บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการขอเอกสารเพิ่มเติมตามเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัท
6. กรมธรรม์ประกันภัยจะเริ่มมีผลคุ้มครอง เมื่อบริษัทพิจารณาอนุมัติรับประกันภัย
7. เบี้ยประกันภัยของผู้เอาประกันจะปรับเพิ่มขึ้นตามอายุที่ระบุในหน้าตารางเบี้ย
8. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย
9. บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัย เฉพาะผู้สมัครที่มีอาชีพตามเงื่อนไขที่บริษัทกำหนดเท่านั้น
10. กรณีสมัครแบบครอบครัวเพื่อรับส่วนลด 5% สมาชิกในครอบครัวจะต้องเลือกซื้อแผนเดียวกันเท่านั้น และต้องสมัครพร้อมบิดาหรือมารดาอย่างน้อย 1 คน และวันเริ่มคุ้มครองกรมธรรม์ต้องเป็นวันเดียวกันเท่านั้น

เงื่อนไขการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

1. บริษัทฯ สามารถพิจารณาการต่ออายุกรมธรรม์ต่อเนื่องไม่เกิน 99 ปี
2. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงภัยและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ได้รับความคุ้มครอง และเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย เงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยในปีต่ออายุได้ตามความจำเป็น
3. กรมธรรม์ประกันภัยนี้สามารถต่ออายุต่อเนื่องหากเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาของบริษัทฯ
4. กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ปีต่อปี ผลประโยชน์ความคุ้มครองอาจมีการเปลี่ยนแปลงในปีถัดไป
5. กรุณาตรวจสอบเบี้ยปีต่ออายุในใบเตือนต่ออายุในปีถัดไป
6. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับปรุงเบี้ยในปีต่ออายุโดยไม่แจ้งล่วงหน้า
7. บริษัทฯ จะให้ส่วนลดประวัติดี 5% สำหรับกรมธรรม์ต่ออายุที่ไม่มีการแจ้งเคลมในปีก่อนหน้า
8. สำหรับการต่ออายุกรมธรรม์ของผู้เอาประกันภัยที่มีอายุระหว่าง 0 – 15 ปี บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการใช้เงื่อนไขการร่วมจ่าย (Copayment) ในอัตรา 30% ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์ ในกรณีที่อัตราสินไหมทดแทน (Loss Ratio) เกิน 400% อย่างไรก็ตาม หากอัตราสินไหมทดแทนในปีถัดไปลดลงมาต่ำกว่า 400% บริษัทฯ จะยกเลิกเงื่อนไขการร่วมจ่ายดังกล่าว และกลับไปใช้เงื่อนไขปกติของแผนประกันภัย

ข้อยกเว้นที่สำคัญ

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล หรือความเสียหายที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือการป่วย (รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน) อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่เกิดจาก

1. ภาวะที่เป็นผลจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นแต่กำเนิด หรือระบบการสร้างอวัยวะของร่างกายไม่สมบูรณ์แต่กำเนิด หรือโรคทางพันธุกรรม หรือความผิดปกติในการพัฒนาการของร่างกาย เว้นแต่ กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลคุ้มครองมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี (1 ปี) และปรากฏอาการหลังผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 16 ปี
2. การตรวจรักษาหรือการผ่าตัดเพื่อเสริมสวย หรือการแก้ไขปัญหาผิวพรรณ สิว ฝ้า กระ รังแค ผมร่วงหรือการควบคุมน้ำหนักตัว การผ่าตัดที่สามารถทดแทนด้วยการรักษาแนวทางอื่นเว้นแต่เป็นการตกแต่งบาดแผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุฯ ได้รับความคุ้มครอง
3. การตั้งครรภ์ แท้งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การแก้ไขปัญหาการมีบุตรยาก (รวมถึงการสืบวิเคราะห์และการรักษา) การทำหมันหรือการคุมกำเนิด ยกเว้น มะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก
4. โรคเอดส์ หรือกามโรคหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยโรคเอดส์ ให้รวมถึงภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์และให้หมายความรวมถึงการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือการติดโรค หรือการป่วยใด ๆ ซึ่งโดยผลการตรวจเลือดแสดงเป็นเลือดบวกของไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) การติดเชื้อฉวยโอกาส ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเฉพาะเชื้อที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมหรือปอดอักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia) เชื้อที่ทำให้เกิดโรคลำไส้อักเสบหรือเรื้อรัง (Organism Causes Chronic Enteritis) เชื้อไวรัส และ/หรือเชื้อราที่แพร่กระจายอยู่ทั่วไป (Disseminated Virus and/or Fungi Infection) เนื้องอกร้ายแรง (Malignant Neoplasm) ให้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะเนื้องอก Kaposi’s Sarcoma มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System Lymphoma) และ/หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ ซึ่งเป็นที่รู้จักในปัจจุบันนี้ว่าเป็นอาการของภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency Syndrome) หรือซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้คนที่เป็น เสียชีวิตอย่างกะทันหัน เจ็บป่วย หรือ ทุพพลภาพ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) ให้รวมถึงเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) ที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม
5. การตรวจรักษา หรือการป้องกัน การใช้ยา หรือสารต่างๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของวัย หรือการให้ฮอร์โมนทดแทนในวัยใกล้หมดหรือหมดระดูการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในหญิง หรือชาย การรักษาความผิดปกติทางเพศ และการแปลงเพศ
6. การตรวจสุขภาพ การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือร้องขอการผ่าตัด การพักฟื้น หรือ การพักเพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉย ๆ หรือการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้มีผู้ช่วยดูแลทั่วไป การตรวจหรือการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการป่วย การรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ ซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์
7. การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิค ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็นหรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็น
8. การตรวจรักษา หรือผ่าตัด เกี่ยวกับฟัน หรือเหงือก การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษารากฟัน อุดฟัน การจัดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอม การครอบฟันและการรักษารากฟันหรือใส่รากเทียม
9. การรักษาหรือการบำบัดการติดยาเสพติดให้โทษ บุหรี่ สุรา หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
10. การตรวจรักษา อาการ หรือโรคที่เกี่ยวเนื่องกับภาวะทางจิตใจ โรคทางจิตเวช หรือทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมถึงสภาวะสมาธิสั้น ออธิสซึม เครียด ความผิดปกติของ การกิน หรือความวิตกกังวล
11. การตรวจรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างทดลอง การตรวจหรือการรักษาโรคหรืออาการหยุดหายใจขณะหลับ การตรวจหรือการรักษาความผิดปกติของการนอนหลับ การนอนกรน
12. การปลูกฝีหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยกเว้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังการถูกสัตว์ทำร้าย และวัคซีนป้องกันบาดทะยักภายหลังได้รับการบาดเจ็บ
13. การตรวจรักษาที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการแพทย์ทางเลือก
14. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลที่ผู้ อาประกันภัย ซึ่งเป็นแพทย์สั่งให้แก่ตัวเอง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ ผู้ซึ่งเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้เอาประกันภัย
15. การฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามทำร้ายร่างกายตนเองไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้เอาประกันภัย กิน ดื่ม หรือฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง

หมายเหตุ

- เงื่อนไขและข้อยกเว้นข้างต้นนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น โปรดศึกษารายละเอียดและข้อยกเว้นความคุ้มครองเพิ่มเติมในกรมธรรม์ประกันภัย
- ผลประโยชน์ รายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครอง และข้อยกเว้นที่สมบูรณ์จะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัย

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง | เอกสารนี้เป็นเพียงแค่สื่อประชาสัมพันธ์เท่านั้น

การส่งหลักฐานเรียกร้อง

ผู้เอาประกันภัยหรือตัวแทนของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์แล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานตามที่บริษัทฯ ร้องขอตามความจำเป็นให้แก่บริษัทฯ โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง ภายในระยะเวลาสามสิบวัน (30 วัน) นับจากวันที่กำหนด ซึ่งจะเป็นไปตามที่ระบุในเงื่อนไขและข้อกำหนดเพิ่มเติมของหมวดความคุ้มครองหรือข้อตกลงคุ้มครองหรือเอกสารแนบท้ายของกรมธรรม์ประกันภัยนี้

ขั้นตอนการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

ช่องทางที่ 1 ผ่านโรงพยาบาล (แฟกซ์เคลม หรือเครดิตผู้ป่วยนอก)
ช่องทางที่ 2 ส่งเอกสารเรียกร้องมายังบริษัทฯ โดยตรง

หลักฐานการเรียกร้องผลประโยชน์

1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (แบบฟอร์มบริษัท) สามารถดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ หรือสอบถามผ่านตัวแทนประกันภัยหรือนายหน้าประกันภัย
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย)
3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้เอาประกันภัย
4. ประวัติการรักษาหรือเอกสารทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการพิจารณาแต่ละโรค
5. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ (เพื่อให้การพิจารณาสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็วกรุณาแนบรายละเอียดค่าใช้จ่าย)
6. ใบมอบอำนาจในการเปิดเผยประวัติ (ฟอร์มบริษัท)
7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผลเอ็กซเรย์ / ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT SCAN) / ผลเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ / ผลทางพยาธิวิทยา รูปถ่าย / ผลอ่านฟิล์ม X-RAY , CT , MRI (ถ้ามี)
8. รายงานแพทย์รับรองความทุพพลภาพจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ /ตรวจตา (ออกโดยจักษุแพทย์) (ถ้ามี)
9. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องจากพนักงานสอบสวน (ถ้ามี)
10. เอกสารอื่น ๆ กรณีบริษัทฯ ร้องขอตามความจำเป็น

หมายเหตุ

- กรณีผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 12 ปีบริบูรณ์ ลงนามด้วยตนเอง กรุณาให้บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ร่วมลงนามด้วย
- กรณีลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการจ่ายค่าสินไหม กรณีที่ท่านไม่สามารถน่าส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับได้

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง | เอกสารนี้เป็นเพียงแค่สื่อประชาสัมพันธ์เท่านั้น

ค่าเบี้ยประกันภัยรายปี

(ค่าเบี้ยต่อคนรวมอากร 0.4%)

อายุ	บรอนซ์		ซิลเวอร์		โกลด์	
	ผู้ป่วยใน (บาท)	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (บาท)	ผู้ป่วยใน (บาท)	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (บาท)	ผู้ป่วยใน (บาท)	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (บาท)
1	72,800	91,300	117,500	261,100	131,300	305,200
2	72,300	90,300	116,400	259,100	130,600	303,900
3	70,500	88,100	114,600	254,800	129,800	301,900
4	66,200	82,500	114,000	254,100	128,600	299,400
5	61,100	76,700	111,700	249,400	126,900	295,800
6	35,300	54,000	47,000	109,100	56,300	126,900
7	35,300	48,200	47,000	109,100	56,300	126,900
8	36,400	45,400	45,900	107,500	56,100	126,400
9	34,500	43,000	44,600	103,100	54,700	122,400
10	32,000	39,800	42,500	98,100	53,300	117,800
11	27,800	34,700	40,900	89,700	51,200	105,300
12	26,800	33,300	38,700	84,300	48,400	96,200
13	26,400	32,900	37,700	81,900	47,200	92,900
14	25,700	32,100	37,300	80,200	46,500	90,400
15	25,000	31,500	36,200	77,900	46,200	89,700
16	24,600	31,000	35,700	75,900	45,600	87,700
17	25,000	31,200	34,800	73,300	44,700	84,700
18	25,100	31,400	34,500	72,300	44,300	81,000
19	25,100	31,700	33,500	73,100	43,700	81,000
20	25,100	31,700	32,600	73,400	43,200	81,000
21	25,100	31,700	30,300	74,400	42,500	82,100
22	25,100	31,800	31,600	74,400	42,000	84,000
23	25,100	31,900	32,200	74,400	41,400	85,600
24	25,100	32,000	32,500	74,800	41,800	86,700
25	25,200	32,100	33,000	75,200	42,300	87,800
26	25,200	32,100	33,800	77,200	43,600	91,100
27	25,500	32,400	36,100	82,800	46,200	97,400
28	25,500	32,400	36,700	84,100	47,500	100,400
29	25,900	32,800	36,900	84,600	48,000	101,400
30	26,100	33,000	37,200	85,200	49,200	103,900
31	27,200	34,500	37,800	86,900	49,800	105,400
32	27,500	34,800	40,000	93,000	52,000	110,200
33	27,600	34,900	40,400	94,100	53,300	112,800
34	27,600	35,700	40,500	94,300	54,200	114,300
35	27,600	36,900	41,700	97,100	54,500	115,200
36	27,600	39,000	42,800	98,900	55,800	118,000
37	28,000	39,700	44,900	103,300	57,900	122,600
38	29,100	40,100	45,900	105,900	59,000	124,700
39	30,700	41,800	46,800	107,300	59,200	125,300

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง | เอกสารนี้เป็นเพียงแค่สื่อประชาสัมพันธ์เท่านั้น

อายุ	บรอนซ์		ซิลเวอร์		โกลด์	
	ผู้ป่วยใน (บาท)	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (บาท)	ผู้ป่วยใน (บาท)	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (บาท)	ผู้ป่วยใน (บาท)	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (บาท)
40	31,200	44,700	47,000	107,800	60,900	128,700
41	31,500	46,600	47,700	108,800	62,600	132,400
42	33,000	47,900	49,200	111,500	65,700	138,800
43	35,100	48,300	50,400	113,700	67,500	142,600
44	36,700	48,500	51,100	115,400	69,700	147,600
45	37,700	48,600	51,600	116,400	70,200	148,300
46	38,000	56,100	52,400	118,200	72,000	152,100
47	38,100	56,200	54,200	122,300	73,900	156,100
48	38,200	56,500	55,000	124,600	74,800	158,100
49	44,100	57,100	56,500	127,500	75,600	159,900
50	44,300	58,800	57,500	130,100	76,600	161,900
51	44,500	63,600	58,900	133,700	77,500	163,900
52	44,900	65,300	63,300	143,800	80,700	170,500
53	46,200	65,500	64,200	146,300	82,100	173,700
54	50,000	66,400	65,300	148,400	83,000	175,600
55	51,300	68,800	65,600	149,200	84,900	179,300
56	51,500	74,500	68,000	160,900	86,900	192,300
57	52,200	75,800	71,800	169,100	92,100	203,800
58	54,100	79,200	73,300	172,400	95,000	210,000
59	58,600	82,100	77,400	180,700	100,000	220,000
60	59,600	85,400	81,400	188,600	103,200	226,300
61	66,900	95,700	82,300	215,100	105,300	260,400
62	70,900	101,500	97,300	248,000	116,200	285,700
63	75,400	107,800	105,400	266,400	123,900	302,800
64	80,000	114,200	112,000	282,000	131,300	321,100
65	84,700	121,000	118,800	298,400	139,100	340,300
66	89,900	128,500	126,000	316,100	147,200	360,500
67	95,400	136,100	133,800	334,700	155,900	382,400
68	101,300	144,400	142,100	354,600	165,200	405,000
69	108,500	153,000	151,100	375,900	176,700	429,600
70	116,400	162,300	160,300	398,600	188,800	455,200

ความคุ้มครองเพิ่มเติม ทันตกรรม และสายตา

อายุ (ปี)	ทันตกรรม (บาท)	สายตา (บาท)
1-70	15,000	3,600

หมายเหตุ

1. การคำนวณอายุ คำนวณจากปีกรมธรรม์ปัจจุบันลบด้วยปีเกิดของผู้เอาประกันภัย
2. สามารถต่ออายุต่อเนื่องถึงอายุ 99 ปี เบี้ยประกันและความคุ้มครอง อาจถูกปรับตามประวัติสินไหม ความเสี่ยงด้านสุขภาพและอายุที่เพิ่มขึ้น
3. เงื่อนไขการรับประกันทันตกรรม หรือสายตา ต้องมีผลตรวจทันตกรรม หรือสายตาแนบมาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัย ไม่เกิน 1 ปี
4. ความคุ้มครองเพิ่มเติม ทันตกรรมและสายตา สามารถเลือกซื้อได้ถึงอายุ 70 ปี เท่านั้น และไม่รับต่ออายุเมื่อผู้เอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง | เอกสารนี้เป็นเพียงแค่สื่อประชาสัมพันธ์เท่านั้น

ข้อสงวนสิทธิ์

กรมธรรม์ประกันภัยนี้รับประกันโดย บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัย| ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียด ความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง | เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัยความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับขึ้นอยู่กับคำจำกัดความ เงื่อนไข และข้อยกเว้นภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้ซื้อไว้

Version Sep 2025

รับประกันภัยโดย **บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**
ชั้น 14, 15,17 และ 19 อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ซอยสุขุมวิท 23
ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ +66 (0) 2661 6000 แฟกซ์ +66 (0) 2665 2728

www.lmginsurance.co.th | LMGInsuranceOfficial | lmg-insurance

LMG Insurance PCL
is now a Chubb Company

CHUBB®

Individual Health and Accident Insurance Policy Elite Plus

The best health insurance plan with exclusive coverages

Enjoy greater flexibility and treatment options for the best recovery

Hospitalisation often comes with hidden costs incurred from sourcing for alternative medication and lost income. We believe that this is a financial burden you should not have to bear. By complementing your existing hospitalisation plans with Personal Health and Accident Elite Plus, you may enjoy the freedom to seek specialist treatment and cover additional expenses. With 24-hour coverage and immediate acceptance without medical examinations, Personal Health and Accident Elite Plus provides the peace of mind that promotes speedy recovery.

- Inpatient and Outpatient coverage
- Worldwide emergency patient evacuation
- Addtional coverage for maternity[1]
- Optional benefits for dental and vision
- Cashless and direct billing with more than 300 medical network providers in Thailand[2]

Remarks

[1]Depending on Selected Plan and/or Benefits

[2]You may need to make reimbursement in the event that the company has to check the pre-existing condition.

Summary of Benefit

Benefit Schedule		Sum Insured (THB)		
		Bronze	Silver	Gold
Overall maximum limit per year		5,000,000	20,000,000	80,000,000
Maximum limit per confinement[1]		1,000,000	5,000,000	20,000,000
1. Inpatient Benefits				
Article 1	Room charge, meal fee and hospital service fee (Inpatient) per confinement			
	1.1 Non-Intensive Care Unit (maximum limit per day)	5,000	8,000	16,000
	1.2 Intensive Care Inpatient Room, Coronary Care Unit (CCU)	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
Article 2	Medical fee for examination or treatment, blood and blood component service fee, nurse service fee, medicine fee, parenteral nutrition fee, and medical supplies fee per confinement.			
	2.1 Medical fee for examination	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
	2.2 Medical fee for treatment, blood and blood component service fee, and nurse service fee			
	2.3 Medicine fee, parenteral nutrition fee and medical supplies fee			
	2.4 Medicine fee and disposable supplies fee (Medical Supplies 1) for home medication			
Article 3	Physician's examination fee (Physician) (maximum limit per day and up to Maximum limit per confinement[1])	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
Article 4	Operation (surgery) and procedure fee (maximum limit per confinement)			
	4.1 Operating room fee and procedure room fee	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
	4.2 Medicine fee, parenteral nutrition fee, medical supplies fee, and surgery and procedure fee			
	4.3 Physician's fee for Physicians performing surgery and procedure (including assistant) (Physician fee)			
	4.4 Physician's fee for anesthetist (Physician fee)			
	4.5 Medical fee for organ transplantation e.g. liver, pancreas, kidney, heart, lung, and bone marrow transplantation	500,000	1,000,000	1,000,000
Article 5	Day surgery (maximum limit per confinement)	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
2. Outpatient Benefits				
Article 6	Medical fee for related direct examination before and after hospitalization as an Inpatient or Outpatient treatment fee which is in consequence of or in connection with hospitalization as an Inpatient (maximum limit per confinement)			
	6.1 Medical fee for related direct examination which occurs within 30 days before hospitalization as an Inpatient and 60 days after hospitalization as an Inpatient	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
	6.2 Outpatient Treatment fee after hospitalization as an Inpatient for each consequential treatment within 30 days after such discharge from the hospital (excluding medical fee for examination)			

*Conditions are as specified by the company. Insurance applicants should understand the details of coverage and conditions before deciding to purchase insurance every time. | Use as promoting material only

Benefit Schedule		Sum Insured (THB)		
		Bronze	Silver	Gold
Article 7	Medical fee for Treatment of injury in Outpatient case within 24 hours after each accident	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
Article 8	Rehabilitation, Physical Therapy treatment fee after each hospitalization as an Inpatient within 30 days			
Article 9	Medical fee for Treatment of chronic kidney failure by hemodialysis through vascular access for each policy period (maximum limit per year)			
Article 10	Medical fee for Treatment of tumor or cancer by radiotherapy, interventional radiology, and nuclear medicine for each policy period (maximum limit per year)			
Article 11	Medical fee for Treatment of cancer by chemotherapy for each policy period (maximum limit per year)			
Article 12	Ambulance fee (maximum limit per confinement)			
Article 13	Medical fee for Mini Surgery (maximum limit per confinement)			
Article 14	(Hospice and Palliative Care)[A] (maximum 12 month per lifetime)			
Article 15	Psychiatric Treatment (Maximum limit per year)[AB]	Not cover	100,000	200,000
Article 16	Private Nurse Fees, up to 30 days after discharge from hospitalization, as per physician recommended	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]		
Article 17	Alternative treatment, Chinese Traditional Medicine, Acupuncture and Chiropractic treatment[B]			
	17.1 Alternative treatment under network of hospitals or clinics listed by LMG[B]	Not cover	30,000/year	50,000/year
	17.2 Alternative treatment not under network of hospitals or clinics listed by LMG[B]	Not cover	2,000 per time and 10 times per year	2,000 per time and 10 times per year
Article 18	Health check-up and vaccinations[AB]			
	18.1 Health check-up[AB]	Not cover	3,000/year	3,000/year
	18.2 Tetanus vaccination and/or influenza benefit, maximum limit per year[AB]	Not cover	1,000/year	2,000/year
Article 19	Normal labor, vacuum / forceps delivery, planned caesarian section (waiting period 280 days)[AB]	Not cover	100,000	150,000
	In case of miscarriage (waiting period 90 days)[AB]	Not cover	50,000	75,000
	In case of Ectopic Pregnancy or emergency caesarian section from life threatening labor (waiting period 280 days)[AB]	Not cover	200,000	300,000
Article 20	Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Permanent Disability (PA1) by an accident including Assault & Murder, and motorcycle accident as a riding or a passenger	100,000	200,000	200,000
Article 21	Funeral Benefits due to injured or illness[A]	Not cover	10,000	15,000

Optional Benefits	Sum Insured (THB)		
	Bronze	Silver	Gold
Medical Treatment without Hospital Confinement (Outpatient Treatment)	2,000 per time and 30 times per year	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement[1]	
1 Doctor fees and medical expenses as outpatient treatment			
2 Medication as outpatient treatment			
Dental Benefit (up to 80% for routine dental treatment)[B]	80,000 / year		
Vision Benefit (up to 80% for Eye Exams & Prescription Lenses)[B]	10,000 / year		

*Conditions are as specified by the company. Insurance applicants should understand the details of coverage and conditions before deciding to purchase insurance every time. | Use as promoting material only

Deductible (optional)	
Deductible 50,000 Per Person Per Year	20%
Deductible 100,000 Per Person Per Year	30%

Remarks:
- Deductible is available under IPD terms only.
- Deductible is not applicable when purchase outpatient benefit or additional benefit such as dental or vision.

Discount Schedule	
Family discount for at least 3 members and must apply at the same time	5%

24-hour International Emergency Medical Evacuation / Repatriation / Assistance Services and Hotline +66 2039 5766

Providing assistance services to patients or patients in emergencies 24 hours / 7 days during medical trips Protection will begin when the insured travels at least 150 kilometers from the current place of residence specified in the policy or crosses the border. However, the duration of the trip must be a maximum of 45 consecutive days.
Remarks: Place of residence is Thailand only.

1	Worldwide medical evacuation & repatriation to place of residence (Thailand) up to maximum limit	THB 30,000,000
2	Repatriation of mortal remains up to maximum limit	THB 1,000,000

Main Area of coverage

Medical Treatment outside of Thailand
- Treatment outside of Thailand, covered 24 hours worldwide excluding United States of America (USA)
- Medical bills in United States of America will be covered only when treatment is due to injury from an accident or emergency treatment for life-threatening or potentially fatal only.
- Treatment outside of Thailand, covers maximum 45 days from departure date outside of Thailand
- Treatment outside of Thailand, the insured need to settle medical bill in advanced and reimburse with LMG.
- In the case of claims documents in foreign languages (Non-English language), the claims documents must be translated into Thai or English language by government department or an accredited translation institute and is considered as the cost of the Insured for translation and to submit the claim documents to the Company.
- The Company will pay for the costs of Medically Necessary services up to the maximum limit specific in the Benefit Schedule less any Deductible (if any). The Company will pay benefits in Thai Baht currency based on the exchange rate announced by the Bank of Thailand on the date specified in the receipt.

Request for Medical Treatment Outside Thailand The Company will provide coverage only if:
3.1 This policy is excluding medical fees incurred in the United States of America.
3.2 Required pre-approval and agreed by the company before any treatment.
3.3 Benefits will be paid in the Thai currency and base on Thailand cost base.

Remarks

1.[1]Per Confinement means Hospitalization as an Inpatient or treatment by day surgery at the Hospital (or “Health Facility”) each time and shall include hospitalization as an Inpatient or day surgery at the Hospital or Health Facility any times due to the same Injury or Illness which is not fully recovered including related or consequential complications within 90 days from the date of the latest discharge from the Hospital or Health Facility which shall be deemed as the same hospitalization.
2. Cover actual medical expenses according to benefit schedule as Customary and Reasonable Medical Charges but up to Maximum limit per confinement [1].
3. Medical Necessity means the necessity to use medical services or other services of the Health Facility for examination or treatment of Injury or Illness which shall be subject to the following conditions:
(1) the services must be consistent with the diagnosis and treatment according to the symptoms of the Injury or Illness in a treated person
(2) there is a clear medical indication in accordance with the standards of modern medical practice
(3) the services are not solely for the convenience of the Covered Person or the Covered Person's family or the medical service provider.
4. The total maximum number of days for standard daily room including ICU and Coronary Care Unit (CCU) room is 365 Days.
5. Cost of outpatient emergency treatment due to injury within 24 hours of the injury or accident occurring including 15 days follow up. The Company will pay this benefit according to the amount actually paid but not exceeding the maximum amount per disability or the maximum benefit stated in the schedule whichever is smaller.
6. Company reserves the right to cover for lab tests, x-rays, diagnostics & pathology test, MRI, PET & CT scan on a case-by-case basis for customary and reasonable medical expenses subject to the maximum limit per disability.

*Conditions are as specified by the company. Insurance applicants should understand the details of coverage and conditions before deciding to purchase insurance every time. | Use as promoting material only

7. Any treatment outside Thailand, the company will pay benefits based on the exchange rate prevailing on the date specified in the medical bill. In the case of claims documents in foreign languages (Non-English language), the claims documents must be translated into Thai or English language by government department or an accredited translation institute and is considered as the cost of the Insured for translation and to submit the claim documents to the Company.
8. This insurance plan covers any hospital treatment outside the territory of Thailand. However, the duration of travel outside Thailand in each trip must be consecutive and maximum of 45 days.
9. Customary and reasonable medical charges in total up to maximum limit per confinement and must not over maximum limit per year.
10. The insured person shall pay the insurance premium. Payment of premiums through insurance agents or insurance brokers consider as the distribution services only.
11. Elite Plus plan is marketing name of Elite Plus policy.
12. This document is not part of the insurance contract.
13. The policy will not cover any loss, injury, damage or legal liability arising directly or indirectly in the sanctioned countries declared by the United Nation (UN) or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.
14. Hospice and palliative care means A program of medical, psychological, social, and spiritual care provided to persons who have been diagnosed as suffering from a terminal illness. Treatment must be prescribed by a physician and provided by a hospital or institution licensed by the competent medical authorities of the country in which care is provided and which, in providing care, is practicing within the scope of its license. Waiting period of 12 months and cover up to 12 months per lifetime.
15. For alternative treatment, required pre-approval and agreed by the company before any treatment.
16. The annual premium includes 0.4% stamp duty.

[A]Waiting Period

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 or
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:
   2.1 Tumors, cysts or all types of cancer
   2.2 Hemorrhoids
   2.3 All types of Hernia
   2.4 Pterygium or Cataracts
   2.5 Tonsillectomy or adenoidectomy
   2.6 All types of Calculus
   2.7 Varicose Veins
   2.8 Endometriosis
3. There is 180 days waiting period for Funeral Benefits if the death caused by sickness. Checkup and Vaccination benefit, the insured must insured with the Company continuous for at least 12 months to receive the treatment.
4. There is 180 days waiting period for Funeral Benefits if the death caused by sickness.
5. Hospice and Palliative Care, the insured must insured with the Company continuous for at least 12 months to receive the treatment.
6. Psychiatric Treatment, the insured must insured with the Company continuous for at least 12 months to receive the treatment.
7. Maternity benefit, the insured must insured with the Company continuous for at least 280 days for childbirth and at least 90 days for miscarriage.

[B]Reimbursement conditions

Reimbursement condition will be applied for the following benefits in which the insured must pay for the medical expenses upfront and get the treatment done, and later submit all the original bills together with medical certificate to reimburse with company after claims.

1. Maternity Benefits
2. Alternative treatment i.e. Chiropractic or Acupuncture
3. Tetanus vaccination and/or influenza benefit
4. Check-up benefit
5. Dental Benefit (up to 80% for routine dental treatment)
6. Vision Benefit (up to 80% for Eye Exams & Prescription Lenses)
7. Psychiatric Treatment
8. Medical fee for related direct examination which occurs within 30 days before hospitalization as an Inpatient and 60 days after hospitalization as an Inpatient.

Eligibility - Applicants must satisfy the following

1. The applicants age must between 15 days to 70 years old.
2. For juvenile (age 15 days - 15 years old) must apply with 1 adult (Age 20 - 55 years) and the juvenile must apply for same plan.
3. The juvenile age 15 days - 12 years old must submit full medical record or baby book.
4. The applicant must be Thai resident or reside in Thailand at least 6 months in 12 months period.
5. All applicants must complete an application form and medical questionnaire with copied of personal documents i.e. ID Card or Passport. In some cases, we may request additional information.
6. Insurance policy will be effective after LMG Insurance PCL approves the insurance application.
7. Premium will be adjusted according to the changing age.

*Conditions are as specified by the company. Insurance applicants should understand the details of coverage and conditions before deciding to purchase insurance every time. | Use as promoting material only

8. Insurance policy does not cover pre-existing conditions and/or any treatment that are not complete at the time the policy commences.
9. The company reserves the right to decline insurance coverage for certain occupational groups.
10. Apply for Family (at least 3 members) for 5% family discount, all family members must be covered under the same plan. Families must include at least 1 insured adult and the effective date should be the same for all family members.

Insurance Terms and conditions for Renewal Year

1. Once your application is approved, your policy will be continued renewal up to age 99 irrespective of your health condition or claims record.
2. The Company may adjust the premium for a Policy Year, to reflect the age ranges and claim records of the respective Covered Persons, according to the rates approved by the registrar. The Company will give prior written notice thereof to the Covered Persons
3. In the renewal years, the insurance policy can be renewed after underwritten and approved by the Company.
4. This plan's benefits limit are offered on per policy year basis. At the renewal year, the benefits annual limit will be reset for the policy year.
5. For the renewal premium, please refer to the Renewal Notice Letter.
6. Rates are subject to change without prior notice.
7. 5% No Claim Discount will be offered on renewal year if there is no claim reported.
8. For policy renewal of insured persons aged between 0 and 15 years, the company reserves the right to apply a 30% copayment on actual medical expenses covered under the policy if the Loss Ratio exceeds 400%. However, if the Loss Ratio in the following policy year falls below 400%, the copayment condition will be removed and the standard plan conditions will be reinstated.

Major of General Exclusions

This insurance does not cover any expenses arising from Medical Treatment, or damage arising from an Injury or Illness (including any complication), symptom, or irregularity, 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 16 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, scaring, 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. Normal pregnancy, prenatal postnatal complications, childbirth delivery or termination of pregnancy or any consequence of it, except as specified otherwise in the Covered Person's plan in this Policy.
4. Acquired Immune Deficiency Syndrome caused by the Human Immuno-deficiency Virus (HIV) infection including opportunistic pathogenic infection, Malignant Neoplasm or infection or any illness that reveals an HIV (Human Immunodeficiency Virus) positive blood test. Opportunistic pathogenic infection is also including but not limited to Pneumocystis Carinii Pneumonia, Organism or Chronic Enteritis, Disseminated Viral/Fungi Infection, Malignant Neoplasm including but not limited to Kaposi's Sarcoma, Central Nervous System Lymphoma and/or any severe diseases known that are caused by AIDS or sudden death, illness or disability. AIDS includes HIV, Encephalopathy (Dementia) , viral epidemics, Venereal disease and sexually transmitted diseases.
5. Treatment or usage of drugs or substances for anti-ageing or giving of replacement hormone during climacteric or menopause, or for any bodily change arising from any physiological or natural cause, corporal imbecility in a female or male, treatment of sexual disorder, gender confirmation or transgender surgery.
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.
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 members of the covered person.
15. Suicide or self-inflicted injury or illness or any related attempt whether self-inflicted or agreed with other persons even though the covered person has full consciousness or has mental disorders including those accidentally caused by any chemical or toxin substances intake or medicines overdose.

Remarks:

- The above terms and conditions are only part of the insurance policy. Please study the full details and exclusions in the insurance policy.
- Benefits Details of coverage conditions and complete exclusions are stated in the insurance policy. The insured person should study and make understand the coverage details and conditions before deciding to purchase insurance

Submission of the Proofs of Claim

The above proofs must be submitted within 30 days from the date of discharge from a Hospital or Health Facility, or the date of treatment at a clinic. The receipt must be an original. The Company will return the original receipt, bearing the certification of the amount paid, to the Covered Person for use in a claim for a shortfall amount from another insurer.

Claims process

Channel 1 Through the hospital network provider (fax claim or outpatient credit)
Channel 2 Direct billing to LMG Insurance PCL

Submit the following documents:

1. A completed claim form downloads from company's website or consult with your agency or broker.
2. A copy of your ID card
3. A copy of the first page of the Insured's bank passbook
4. A medical report stating your symptoms, diagnosis and treatment. For treatment of skin diseases, the name of the prescription is also required.
5. Original receipts containing breakdown of costs
6. Letter of Attorney for Disclosing Medical Report (company form)
7. Laboratory results / X-ray results / Computed tomography (CT scan) results / Magnetic resonance imaging (MRI) results / Biopsy results / Pathology results Picture Take / read X-ray film, CT, MRI (if any)
8. Medical report certified by specialist/eye examination (issued by an ophthalmologist) (if any).
9. A copy of the daily memorandum of the case that has been duly certified by the investigating officer (if any).
10. Other documents up on requested by the company.

*Conditions are as specified by the company. Insurance applicants should understand the details of coverage and conditions before deciding to purchase insurance every time. | Use as promoting material only

Annual premium

(premium per person including 0.4% stamp duty)

Age (Year)	Bronze		Silver		Gold	
	IPD (THB)	IPD + OPD (THB)	IPD (THB)	IPD + OPD (THB)	IPD (THB)	IPD + OPD (THB)
1	72,800	91,300	117,500	261,100	131,300	305,200
2	72,300	90,300	116,400	259,100	130,600	303,900
3	70,500	88,100	114,600	254,800	129,800	301,900
4	66,200	82,500	114,000	254,100	128,600	299,400
5	61,100	76,700	111,700	249,400	126,900	295,800
6	35,300	54,000	47,000	109,100	56,300	126,900
7	35,300	48,200	47,000	109,100	56,300	126,900
8	36,400	45,400	45,900	107,500	56,100	126,400
9	34,500	43,000	44,600	103,100	54,700	122,400
10	32,000	39,800	42,500	98,100	53,300	117,800
11	27,800	34,700	40,900	89,700	51,200	105,300
12	26,800	33,300	38,700	84,300	48,400	96,200
13	26,400	32,900	37,700	81,900	47,200	92,900
14	25,700	32,100	37,300	80,200	46,500	90,400
15	25,000	31,500	36,200	77,900	46,200	89,700
16	24,600	31,000	35,700	75,900	45,600	87,700
17	25,000	31,200	34,800	73,300	44,700	84,700
18	25,100	31,400	34,500	72,300	44,300	81,000
19	25,100	31,700	33,500	73,100	43,700	81,000
20	25,100	31,700	32,600	73,400	43,200	81,000
21	25,100	31,700	30,300	74,400	42,500	82,100
22	25,100	31,800	31,600	74,400	42,000	84,000
23	25,100	31,900	32,200	74,400	41,400	85,600
24	25,100	32,000	32,500	74,800	41,800	86,700
25	25,200	32,100	33,000	75,200	42,300	87,800
26	25,200	32,100	33,800	77,200	43,600	91,100
27	25,500	32,400	36,100	82,800	46,200	97,400
28	25,500	32,400	36,700	84,100	47,500	100,400
29	25,900	32,800	36,900	84,600	48,000	101,400
30	26,100	33,000	37,200	85,200	49,200	103,900
31	27,200	34,500	37,800	86,900	49,800	105,400
32	27,500	34,800	40,000	93,000	52,000	110,200
33	27,600	34,900	40,400	94,100	53,300	112,800
34	27,600	35,700	40,500	94,300	54,200	114,300
35	27,600	36,900	41,700	97,100	54,500	115,200
36	27,600	39,000	42,800	98,900	55,800	118,000
37	28,000	39,700	44,900	103,300	57,900	122,600
38	29,100	40,100	45,900	105,900	59,000	124,700
39	30,700	41,800	46,800	107,300	59,200	125,300

*Conditions are as specified by the company. Insurance applicants should understand the details of coverage and conditions before deciding to purchase insurance every time. | Use as promoting material only

Age (THB)	Bronze		Silver		Gold	
	IPD (THB)	IPD + OPD (THB)	IPD (THB)	IPD + OPD (THB)	IPD (THB)	IPD + OPD (THB)
40	31,200	44,700	47,000	107,800	60,900	128,700
41	31,500	46,600	47,700	108,800	62,600	132,400
42	33,000	47,900	49,200	111,500	65,700	138,800
43	35,100	48,300	50,400	113,700	67,500	142,600
44	36,700	48,500	51,100	115,400	69,700	147,600
45	37,700	48,600	51,600	116,400	70,200	148,300
46	38,000	56,100	52,400	118,200	72,000	152,100
47	38,100	56,200	54,200	122,300	73,900	156,100
48	38,200	56,500	55,000	124,600	74,800	158,100
49	44,100	57,100	56,500	127,500	75,600	159,900
50	44,300	58,800	57,500	130,100	76,600	161,900
51	44,500	63,600	58,900	133,700	77,500	163,900
52	44,900	65,300	63,300	143,800	80,700	170,500
53	46,200	65,500	64,200	146,300	82,100	173,700
54	50,000	66,400	65,300	148,400	83,000	175,600
55	51,300	68,800	65,600	149,200	84,900	179,300
56	51,500	74,500	68,000	160,900	86,900	192,300
57	52,200	75,800	71,800	169,100	92,100	203,800
58	54,100	79,200	73,300	172,400	95,000	210,000
59	58,600	82,100	77,400	180,700	100,000	220,000
60	59,600	85,400	81,400	188,600	103,200	226,300
61	66,900	95,700	82,300	215,100	105,300	260,400
62	70,900	101,500	97,300	248,000	116,200	285,700
63	75,400	107,800	105,400	266,400	123,900	302,800
64	80,000	114,200	112,000	282,000	131,300	321,100
65	84,700	121,000	118,800	298,400	139,100	340,300
66	89,900	128,500	126,000	316,100	147,200	360,500
67	95,400	136,100	133,800	334,700	155,900	382,400
68	101,300	144,400	142,100	354,600	165,200	405,000
69	108,500	153,000	151,100	375,900	176,700	429,600
70	116,400	162,300	160,300	398,600	188,800	455,200

Additional benefits for Dental & Vision

Age (Year)	Dental (THB)	Vision (THB)
1-70	15,000	3,600

Remarks

1. Age calculation is calculated from the current policy year minus the insured's birth year.
2. The insured has the ability to continuously renew the policy up to age 99 years, premium and coverage may be adjusted following the claim experience, health condition, increasing age.
3. To underwrite dental or optical benefit require to submit dental or eye examination records together with the application form, and the records must be less than 1 year.
4. Additional coverage for Dental or Vision can be purchase until the age of 70 only. Dental or Vision are not applicable for any renewal when the insured is over 71 years old.

*Conditions are as specified by the company. Insurance applicants should understand the details of coverage and conditions before deciding to purchase insurance every time. | Use as promoting material only

Disclaimers

This insurance product is underwritten by LMG Insurance Public Company Limited. The company reserves the right to make the underwriting decision on pricing and premium. | Please ensure you read carefully and understand the insurance coverages and conditions prior to make a decision. | This document is not an insurance contract. The coverages & benefits that the insured will receive depends on the definition, conditions and exclusion specified under the purchased insurance policy and coverage plan.

Version Sep 2025

Underwritten by **LMG Insurance Public Company Limited**
14th, 15th, 17th and 19th Floor, Jasmine City Building, 2 Soi Sukhumvit 23,
Sukhumvit Road, Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110
Tel: +66 (0) 2661 6000 Fax +66 (0) 2665 2728

www.lmginsurance.co.th | LMGInsuranceOfficial | lmg-insurance