

เอกสารสรุปข้อกำหนดและเงื่อนไขทั่วไป ข้อตกลงคุ้มครอง และข้อยกเว้น
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”

SUMMARY HEALTH & ACCIDENT
INSURANCE POLICY “LIFESTYLE SERIES”

สารบัญ

หมวดที่ 1 คำจำกัดความ	2
หมวดที่ 2 เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด	5
หมวดที่ 3 ข้อยกเว้นทั่วไป	10
หมวดที่ 4 ข้อตกลงคุ้มครอง	12
ข้อตกลงคุ้มครองการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน)	12
ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด	14
ข้อตกลงคุ้มครองการดูแลโดยแพทย์	15
ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก)	15
ข้อตกลงคุ้มครอง (อ.บ.1) การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	16
ข้อตกลงคุ้มครองการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร	18
ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาด้านทันตกรรม	19
ข้อตกลงคุ้มครองการตรวจตา การวัดค่าสายตา การตรวจความสามารถในการมองเห็น	20
ข้อตกลงคุ้มครองค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และ ค่าอวัยวะเทียมแบบถาวร	21
ข้อตกลงคุ้มครองการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	22

Contents

Category 1 Definitions	24
Category 2 General Terms and Conditions	27
Category 3 General Exclusions	32
Category 4 Coverage Agreement	34
Coverage Agreement for Hospitalization or Medical Center (In-Patient)	34
Coverage Agreement for Expenses for Surgical Care	36
Coverage Agreement for Physician's Care	37
Coverage Agreement for Loss of Life, Loss of Organs, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A. 1)	38
Coverage Agreement for Maternity	40
Coverage Agreement for Dental	41
Coverage Agreement for Ophthalmology (Vision)	42
Coverage Agreement for Artificial Organ and Medical Device	43
Coverage Agreement for Riding or Travelling by Motorcycle	44

กรมธรรม์ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรี่ส์”

โดยการซื้อถือข้อแสดงในใบคำขอเอาประกันภัยซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้ข้อบังคับเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด เงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น และเอกสารแนบท้ายแห่งกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทให้สัญญากับผู้ได้รับความคุ้มครองดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 คำจำกัดความ

ถ้อยคำและคำบรรยายซึ่งมีความหมายเฉพาะที่ได้ให้ไว้ในส่วนใดก็ตามของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้ถือว่ามีความหมายเดียวกันทั้งหมดไม่ว่าจะปรากฏในส่วนใดก็ตาม เว้นแต่จะได้กำหนดเป็นอย่างอื่นในกรมธรรม์ประกันภัยนี้

บริษัท	หมายถึง	บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
กรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ตารางกรมธรรม์ประกันภัย ตารางผลประโยชน์ เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น เอกสารแนบท้าย ข้อระบุพิเศษ ข้อรับรอง และใบสลักหลังกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย
ผู้เอาประกันภัย	หมายถึง	บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรมธรรม์ประกันภัยนี้
ผู้อยู่ในอุปการะ	หมายถึง	ผู้ที่อยู่ในความอุปการะของผู้เอาประกันภัย และได้รับชื่อไว้ในเอกสารแนบตารางกรมธรรม์ประกันภัยหรือเอกสารแนบท้ายได้แก่ 1) คู่สมรสของผู้เอาประกันภัย ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ 2) บุตรตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัยหรือของคู่สมรสที่มีอายุตั้งแต่ 15 วันแต่ไม่เกิน 23 ปีบริบูรณ์ ยังมีได้สมรส และกำลังศึกษาอยู่
ผู้ได้รับความคุ้มครอง	หมายถึง	ผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้อยู่ในอุปการะของผู้เอาประกันภัยเฉพาะบุคคลที่ระบุชื่อไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยนี้
อุบัติเหตุ	หมายถึง	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันจากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลที่ผู้ได้รับความคุ้มครองมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง
การบาดเจ็บ	หมายถึง	การบาดเจ็บทางร่างกาย อันเป็นผลโดยตรงจากอุบัติเหตุซึ่งเกิดขึ้นโดยเอกเทศและโดยอิสระจากเหตุอื่น
การเจ็บป่วย	หมายถึง	อาการ ความผิดปกติ การป่วยใช้หรือการเกิดโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ได้รับความคุ้มครอง
แพทย์	หมายถึง	ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากแพทยสภา และได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมในท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์หรือทางด้านศัลยกรรม
ทันตแพทย์	หมายถึง	ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากทันตแพทยสภา และได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพสาขาทันตกรรมในท้องถิ่นที่ให้บริการ
ทันตกรรม	หมายถึง	การกระทำที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย การบำบัดหรือการป้องกันโรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับ ขากรรไกร รวมทั้งการกระทำทางศัลยกรรม และการกระทำใด ๆ ในการบำบัดบูรณะและฟื้นฟูสภาพของอวัยวะในช่องปาก ขากรรไกร กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร และการทำฟันในช่องปาก
ทันตกรรมประดิษฐ์	หมายถึง	ทันตแพทย์สาขาหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบูรณะ การดูแลรักษาฟันธรรมชาติ และ/หรือทดแทนฟัน อวัยวะของช่องปากและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกรด้วยอวัยวะเทียมหรือสิ่งประดิษฐ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพปกติ ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสวยงาม
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค	หมายถึง	แพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตร หรือวุฒิบัตรจากแพทยสภา หรือสถาบันเทียบเท่าและไม่ใช้แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ดูแลหรือรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้
ศัลยแพทย์	หมายถึง	บุคคลซึ่งได้รับใบอนุญาตเป็นผู้อนุเคราะห์วิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาหรือองค์การวิชาชีพที่เทียบเท่ากันด้านการผ่าตัด และให้การบำบัดรักษาภายในอาณาเขตที่บุคคลนั้นได้รับอนุญาต
พยาบาล	หมายถึง	ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพพยาบาลตามกฎหมาย
ค่าบริการพยาบาล	หมายถึง	ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมคิดเป็นประจำสำหรับการให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ได้รับความคุ้มครองขณะที่เป็นผู้ป่วยใน
ผู้ป่วยใน	หมายถึง	ผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์และในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาการ

		บาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยนั้น ๆ และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วต่อมาเสียชีวิต ก่อนครบ 6 ชั่วโมง
ผู้ป่วยนอก	หมายถึง	ผู้ที่รับบริการอันเนื่องจากการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกหรือในห้องรักษาฉุกเฉินของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิกซึ่งไม่มีความจำเป็นตามข้อวินิจฉัยและข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ในการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน
โรงพยาบาล	หมายถึง	สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และมีองค์ประกอบทางด้านสถานที่ที่มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอตลอดจนการจัดการให้บริการที่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีห้องสำหรับการผ่าตัดใหญ่ และได้รับอนุญาตให้จัดทะเบียนดำเนินการเป็นโรงพยาบาลตามกฎหมายสถานพยาบาลของอาณาเขตนั้น ๆ
สถานพยาบาลเวชกรรม	หมายถึง	สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและได้รับอนุญาตให้จัดทะเบียนดำเนินการเป็นสถานพยาบาลเวชกรรมตามกฎหมายของอาณาเขตนั้น ๆ
คลินิก	หมายถึง	สถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย ดำเนินการโดยแพทย์ทำการรักษาพยาบาล ตรวจวินิจฉัยโรค และไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนได้
มาตรฐานทางการแพทย์	หมายถึง	หลักเกณฑ์หรือแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นสากล และนำมาซึ่งแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามความจำเป็นทางการแพทย์ และสอดคล้องกับข้อสรุปจากประวัติการบาดเจ็บการเจ็บป่วย การตรวจพบ ผลการชันสูตร หรืออื่น ๆ (ถ้ามี)
ความจำเป็นทางการแพทย์	หมายถึง	การบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่มีเงื่อนไขดังนี้ 1) ต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาตามภาวะการบาดเจ็บการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ 2) ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อย่างชัดเจนตามมาตรฐานเวชปฏิบัติปัจจุบัน 3) ต้องมีค่าใช้จ่ายเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการหรือของครอบครัวผู้รับบริการ หรือ ของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล 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 หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา
การเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง	หมายถึง	การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม เพื่อการรักษาในฐานะผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง และให้รวมถึงการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมสองครั้งหรือมากกว่า ด้วยสาเหตุหรือโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดียวกันหรือการเจ็บป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันจากสาเหตุอื่น โดยที่ระยะเวลาการต้องอยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมแต่ละครั้งห่างกันไม่เกินกว่า 90 วัน นับแต่การรักษาครั้งสุดท้าย และสำหรับผู้ป่วยนอกไม่เกินกว่า 14 วัน นับแต่การรักษาครั้งสุดท้ายก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าพักรักษาตัวครั้งเดียวกันด้วย
การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน	หมายถึง	การรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์ สำหรับบรรเทาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถคาดหมายล่วงหน้าได้ และต้องเป็นการให้การรักษาโดยฉับพลันทันทีซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่า ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นนั้นอาจเป็นเหตุให้เกิดการทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิตได้
วิสัญญีแพทย์	หมายถึง	แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิสัญญีวิทยา และเป็นผู้ที่มีใบอนุญาตหรือขึ้นทะเบียนเพื่อประกอบวิชาชีพด้านวิสัญญีวิทยาอย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศที่ตนประกอบวิชาชีพนี้
ภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด	หมายถึง	ความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อถือกำเนิด
สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย	หมายถึง	โรค (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการ หรือความผิดปกติหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัยก่อนวันที่ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะมีผลบังคับ ซึ่งมีนัยสำคัญเพียงพอที่ทำให้บุคคลทั่วไปพึงแสวงหาการวินิจฉัยดูแล หรือรักษา หรือทำให้แพทย์พึงให้การวินิจฉัย ดูแล หรือรักษา

เอดส์ (AIDS)	หมายถึง	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ และให้หมายความรวมถึงการติดเชื้อจุลชีพพวยโอกาส เนื้องอกร้ายแรง (Malignant Neoplasm) หรือการติดเชื้อ หรือ การเจ็บป่วยใด ๆ ซึ่งโดยผลการตรวจเลือดแสดงเป็นเลือดบวกของไวรัส HIV (Human Immuno Deficiency Virus) การติดเชื้อจุลชีพพวยโอกาสให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเฉพาะ เชื้อที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมหรือปอดอักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia) เชื้อที่ทำให้เกิดโรคลำไส้อักเสบหรือเรื้อรัง (Organism Or Chronic Enteritis) เชื้อไวรัส (Virus) และ/หรือเชื้อราที่แพร่กระจายอยู่ ทั่วไป (Disseminated Fungi Infection) เนื้องอกร้ายแรง (Malignant Neoplasm) ให้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะเนื้องอก Kaposi's Sarcoma เนื้องอกเซลล์น้ำเหลืองที่ระบบศูนย์ประสาทส่วนกลาง (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 ที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับการให้บริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิกเรียกเก็บกับผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก ซึ่งผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการรักษา
ความรับผิดชอบส่วนแรก	หมายถึง	ความเสียหายส่วนแรกที่ผู้ได้รับความคุ้มครองต้องรับภาระตามข้อตกลงของสัญญาประกันภัย
ค่าใช้จ่ายร่วม	หมายถึง	ความรับผิดชอบระหว่างบริษัทประกันภัยและผู้ได้รับความคุ้มครองที่ต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันจะพึงจ่ายตามจำนวนเงินผลประโยชน์ภายหลังหักจำนวนความรับผิดชอบส่วนแรก (ถ้ามี)
การก่อการร้าย	หมายถึง	การกระทำซึ่งใช้กำลังหรือความรุนแรงและ/หรือมีการข่มขู่โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดไม่ว่าจะเป็นการกระทำเพียงลำพัง การกระทำการแทนหรือที่เกี่ยวข้องกับองค์กรใดหรือรัฐบาลใดซึ่งกระทำเพื่อผลทางการเมือง ศาสนา ลัทธินิยมหรือจุดประสงค์ที่คล้ายคลึงกันรวมทั้งเพื่อต้องการส่งผลให้รัฐบาล และ/หรือสาธารณชนหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของสาธารณชนตกอยู่ในภาวะตื่นตระหนกหวาดกลัว
ปีกรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ระยะเวลาหนึ่งปีนับแต่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ หรือนับแต่วันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยปีต่อไป

หมวดที่ 2 เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด

1. สัญญาประกันภัย

สัญญาประกันภัยนี้เกิดขึ้นจากการที่บริษัทเชื่อถือข้อแถลงของผู้ได้รับความคุ้มครองในใบคำขอเอาประกันภัย และในใบแถลงสุขภาพและข้อแถลงเพิ่มเติม (ถ้ามี) ที่ผู้ได้รับความคุ้มครองลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในการตกลงรับประกันภัยตามสัญญาประกันภัย บริษัทจึงได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไว้ให้

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองอยู่แล้ว แต่แถลงข้อความอันเป็นเท็จในข้อแถลงตามวรรคหนึ่ง หรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริงใดแต่ปกปิดข้อความจริงนั้นไว้โดยไม่แจ้งให้บริษัททราบ ซึ่งถ้าบริษัททราบข้อความจริงนั้นๆ อาจจะได้แจ้งบริษัทให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีก หรือบอกปิดไม่ยอมทำสัญญาประกันภัยสัญญาประกันภัยนี้จะตกเป็นโมฆียะ ตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้

บริษัทจะไม่ปฏิเสธความรับผิดโดยอาศัยข้อแถลงนอกเหนือจากที่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้แถลงไว้ในเอกสารตามวรรคหนึ่ง

2. การไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

บริษัทจะไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยนี้ เมื่อกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับมาเป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ เว้นแต่การขาดชำระเบี้ยประกันภัย

ในกรณีที่บริษัทได้ทราบข้อมูลอันจะบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ แต่มิได้ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยภายในกำหนด 1 เดือนนับแต่ทราบข้อมูลนั้นบริษัทไม่อาจบอกล้างความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยในกรณีนี้ได้

3. การแก้ไขกรมธรรม์ประกันภัย

การแก้ไขกรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทตกลงรับการแก้ไขและจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้บันทึกแก้ไขในกรมธรรม์ประกันภัย หรือออกเป็นเอกสารแนบท้ายหรือใบสลักหลังให้แล้ว โดยผู้มีอำนาจทำการแทนบริษัท

4. การชำระเบี้ยประกันภัยและการเริ่มความคุ้มครอง

4.1 ผู้เอาประกันภัยสามารถเลือกชำระเบี้ยประกันภัยได้ดังนี้

ก.) ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นงวดรายเดือน

ข.) ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นงวดรายปี

4.2 เบี้ยประกันภัยงวดแรกจะถึงกำหนดชำระทันที และความคุ้มครองจะเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัยหรือใบรับรองประกันภัย

4.3 วันที่ครบรอบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย

ก.) กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวดรายเดือน คือ ราย 1 เดือน ราย 3 เดือน หรือราย 6 เดือน จะถึงกำหนดชำระ ณ วันครบรอบรายงวดของแต่ละงวดนั้นๆ

ข.) กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวดรายปี จะถึงกำหนดชำระ ณ วันสิ้นสุดความคุ้มครองตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยหรือใบรับรองประกันภัย

4.4 การชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกในปีต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน 30 วันนับจากวันสิ้นสุดความคุ้มครองในปีก่อนหน้า และให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยในปีต่ออายุนั้นเป็นความคุ้มครองต่อเนื่อง

4.5 หากผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับงวดถัดไปภายในระยะเวลาผ่อนผัน 30 วัน นับจากวันที่ครบรอบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยให้ถือว่าคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่สุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระมาแล้วของงวดนั้นสามารถซื้อความคุ้มครองได้

4.6 ในกรณีที่มิเหตุเรียกร้องผลประโยชน์ภายในระยะเวลาผ่อนผันหรืออยู่ในระหว่างการเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยในงวดใด และผู้เอาประกันภัยยังมีได้ ชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทจะหักเบี้ยประกันภัยของงวดนั้น ออกจากเงินผลประโยชน์ซึ่งบริษัทจะต้องจ่ายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และหากยังมีเบี้ยประกันภัยค้างชำระเหลืออยู่อีกเป็นจำนวนเท่าใด ให้นำเอาข้อ 4.5 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

5. การแถลงอายุหรือเพศคลาดเคลื่อน

ถ้ามีการแถลงอายุ หรือเพศของผู้ได้รับความคุ้มครองคลาดเคลื่อนจากความจริงทำให้

5.1 บริษัทได้รับเบี้ยประกันภัยน้อยกว่าที่กำหนด จำนวนเงินผลประโยชน์ที่จะได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะเท่ากับจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระแล้วนั้น อาจซื้อความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ตามอายุและเพศที่ถูกต้องแท้จริง หากอายุหรือเพศของผู้ได้รับความคุ้มครองที่ถูกต้องแท้จริงนั้น ไม่อาจได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้แล้ว บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ใดๆ ให้แต่จะคืนเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ชำระแล้ว

5.2 บริษัทได้รับเบี้ยประกันภัยเกินกว่าอัตราที่กำหนด บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยในส่วนที่เกินให้แก่ผู้เอาประกันภัยอย่างไรก็ตาม บริษัทจะไม่นำเงื่อนไขนี้ไปบังคับใช้เพื่อการปรับเบี้ยประกันภัยย้อนหลังสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยในปีกรมธรรม์ประกันภัยที่ผ่านไปแล้ว

6. การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

- 6.1 กรมธรรม์ประกันภัยนี้อาจต่ออายุต่อเนื่องได้ จนถึงรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยผู้เอาประกันภัยมีอายุไม่เกิน 90 ปี โดยไม่ต้องแสดงหลักฐาน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่บริษัทยินยอมให้มีการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทยังคงไว้ซึ่งสิทธิใน
 - 6.1.1 การปรับอัตราเบี้ยประกันภัยให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงภัยและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ได้รับความคุ้มครอง และ
 - 6.1.2 การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย เงื่อนไขผลประโยชน์ความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยในปีที่ต่ออายุได้ตามความจำเป็น
- 6.2 บริษัทอาจปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ โดยการแจ้งต่อผู้เอาประกันภัยทราบเป็นลายลักษณ์อักษร ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับตามที่ระบุไว้ในตาราง (และต้องแจ้งถึงสาเหตุของการปฏิเสธการต่ออายุด้วย)
- 6.3 บริษัทต้องแจ้งให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองทราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมหรือขยายความคุ้มครองใด ๆ ของเงื่อนไขความคุ้มครอง ข้อยกเว้นเอกสารแนบท้าย หรืออื่น ๆ ที่เป็นสาระสำคัญตามกรมธรรม์ประกันภัย

7. การปรับเบี้ยประกันภัย

บริษัทจะปรับเบี้ยประกันภัยในรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยตามช่วงอายุที่เปลี่ยนไปและระดับความเสี่ยงภัยของผู้ได้รับความคุ้มครองตามที่บริษัทได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียน โดยจะแจ้งให้ผู้ได้รับความคุ้มครองทราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร

8. การเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ความคุ้มครองระหว่างปีกรมธรรม์ประกันภัยหรือเมื่อสิ้นสุดสัญญาประกันภัยแต่ละปีกรมธรรม์ประกันภัย

หากผลประโยชน์ความคุ้มครองในส่วนของผู้ได้รับความคุ้มครองรายใดภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้รับการปรับเพิ่มขึ้นสูงกว่าในขณะที่ยังมีการรับประกันภัยมีผลบังคับ หรือในปีที่ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย จะมีผลบังคับในวันแรกของปีกรมธรรม์ถัดไปหลังจากที่บริษัทได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงประเภทของงานหรือการเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ความคุ้มครองของผู้ได้รับความคุ้มครอง โดยมีเงื่อนไขว่า

- 8.1 หากผู้ได้รับความคุ้มครองนั้นได้รับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยก่อนเวลาที่ผลประโยชน์ความคุ้มครองได้ปรับเพิ่มจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดที่จะได้รับจากการรักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นก่อนการปรับเพิ่มผลประโยชน์ความคุ้มครองจะไม่เกินกว่าจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดเดิมก่อนที่ผลประโยชน์ความคุ้มครองจะได้รับการปรับเพิ่ม
- 8.2 หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับความคุ้มครองจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยตามผลประโยชน์ความคุ้มครองเดิมไปแล้ว รวมถึงภาวะที่เป็นมาก่อนการปรับเพิ่มผลประโยชน์ความคุ้มครอง จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุด ที่ได้รับจะไม่เกินกว่าจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดเดิมก่อนที่ผลประโยชน์ความคุ้มครองจะได้รับการปรับเพิ่ม

อนึ่งผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์อักษรในการเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ความคุ้มครอง และบริษัทตกลงยินยอมรับประกันภัยดังกล่าว

9. การสิ้นสุดความคุ้มครอง

- 9.1 ความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จะสิ้นสุดเมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้นดังต่อไปนี้ แล้วแต่เหตุการณ์ใดจะเกิดขึ้นก่อน
 - 9.1.1 ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดบังคับตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย หรือ ณ วันที่ครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยและไม่มีการต่ออายุ
 - 9.1.2 ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดบังคับตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับปีที่ผู้เอาประกันภัย มีอายุครบ 90 ปีบริบูรณ์
 - 9.1.3 เมื่อผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยตามเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดข้อ 4
 - 9.1.4 เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต
 - 9.1.5 เมื่อผู้เอาประกันภัยถูกจองจำอยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน

สำหรับการสิ้นสุดความคุ้มครอง จากสาเหตุที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามข้อ 9.1.4 หรือข้อ 9.1.5 บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

- 9.2 ความคุ้มครองแต่ละหมวดภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะสิ้นสุดเมื่อบริษัทได้จ่ายผลประโยชน์ตามจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยของหมวดนั้น ๆ ครบถ้วนแล้ว โดยบริษัทจะให้ความคุ้มครองต่อไปจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาเอาประกันภัย เฉพาะจำนวนเงินผลประโยชน์ของความคุ้มครองอื่นที่เหลืออยู่เท่านั้น
- 9.3 กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และการรับประกันภัยทั้งหลายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะสิ้นสุดในเวลา 16.30 น. ตามเวลาประเทศไทยในวันที่สิ้นสุดของกรมธรรม์ประกันภัย

10. การทำให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมาผลบังคับใหม่ (Reinstatement)

หากความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สิ้นสุดลงด้วยเหตุว่าผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้เอาประกันภัยอาจขอให้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้กลับมาผลบังคับใหม่ภายใน 90 วัน นับจากวันที่ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย โดยความยินยอมของบริษัท และจะไม่มีการนำเงื่อนไขทั่วไป ข้อ 19 เรื่องสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และข้อ 20 ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) มาเริ่มนับใหม่

ทั้งนี้ความคุ้มครองสำหรับการบาดเจ็บจะเริ่มต้นทันที ณ วันที่ บริษัทยินยอมให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมาผลบังคับใหม่ และความคุ้มครองสำหรับการเจ็บป่วยจะเริ่มต้นหลังจากวันที่บริษัทยินยอมให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมาผลบังคับใหม่แล้วเป็นเวลา 10 วัน

11. การตรวจสอบทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยถือเป็นค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัท ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

12. การแจ้งและการเรียกร้อง

ผู้ได้รับความคุ้มครอง หรือตัวแทนของผู้ได้รับความคุ้มครองแล้วแต่กรณี จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่อาจเป็นเหตุแห่งการเรียกร้องผลประโยชน์ตามกฎหมายประกันภัยนี้โดยไม่ชักช้า

ในกรณีที่มีการเสียชีวิตต้องแจ้งบริษัททราบในทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุจำเป็นอันสมควรจึงไม่อาจแจ้งให้บริษัททราบ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วแต่ได้แจ้งโดยเร็วที่สุดที่จะกระทำได้แล้ว

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลนอกอาณาเขตประเทศไทย การเข้ารับรักษาพยาบาลในครั้งนั้นจะต้องได้รับความเห็นชอบจากบริษัทหรือตัวแทนผู้ให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินก่อนเสมอ

13. การส่งหลักฐานการเรียกร้อง

13.1 การเรียกร้องการรักษายาพยาบาล

ในกรณีการเรียกร้องผลประโยชน์จากการรักษายาพยาบาลผู้ได้รับความคุ้มครองหรือตัวแทนของผู้ได้รับความคุ้มครองแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

13.1.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท

13.1.2 ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา

13.1.3 ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน

โดยให้ส่งหลักฐานข้างต้นภายใน 30 วันนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือวันที่รับการรักษาจากคลินิก ใบเสร็จรับเงินต้องเป็นใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้ได้รับความคุ้มครองไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยรายอื่น แต่หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐหรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว อนุโลมให้ผู้ได้รับความคุ้มครองส่งสำเนาใบเสร็จที่มีการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัทได้

13.2 การเรียกร้องกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ

ผู้ได้รับความคุ้มครองหรือผู้รับประกันภัย จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่เสียชีวิตโดยค่าใช้จ่ายของผู้รับประกันภัย

13.2.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท

13.2.2 ใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)

13.2.3 สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน (กรณีเสียชีวิต)

13.2.4 สำเนาทะเบียนประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี

13.2.5 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเสียชีวิต)

13.2.6 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประกันภัย (กรณีเสียชีวิต)

13.2.7 ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรหรือสูญเสียอวัยวะและรูปถ่าย (ถ้ามี)

13.2.8 เอกสารอื่นๆที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ในกรณีที่มีข้อสงสัยและต้องการเอกสารเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา)

13.3 การเรียกร้องในกรณีการเดินทางไปต่างประเทศ

ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่สิ้นสุดการเดินทางในแต่ละครั้ง

13.3.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท

13.3.2 สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย หรือหลักฐานการเดินทาง

13.3.3 สำเนาทะเบียนประจำวันของตำรวจ

13.3.4 ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน

14. การจ่ายผลประโยชน์

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์ ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควรภายในกำหนดระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความเสียหายที่ครบถ้วน และถูกต้องแล้วให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง หรือในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต บริษัทตกลงจ่ายให้แก่ผู้รับประกันภัย

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทจ่ายผลประโยชน์ตามกฎหมายประกันภัยนี้ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัยระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายออกไปได้อีกตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วันนับจากวันที่บริษัทได้รับหลักฐานความเสียหายครบถ้วนแล้ว

กรณีผู้ได้รับความคุ้มครองรักษายาพยาบาลนอกประเทศไทยตามข้อตกลงความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทตกลงจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์โดยใช้อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศตามวันวันที่ระบุไว้ในใบเสร็จรับเงินค่ารักษายาพยาบาล

ทั้งนี้หากบริษัทไม่อาจจ่ายผลประโยชน์ให้แล้วเสร็จได้ภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 15 ต่อปีของจำนวนเงินที่ต้องจ่าย ทั้งนี้ นับจากวันที่ครบกำหนดชำระ

15. การเปลี่ยนแปลงผู้เอาประกันภัย

กรณีที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดลงบังคับเนื่องจากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตหรือด้วยเหตุอื่นใด ๆ ก็ตาม คู่สมรสหรือบุตรที่อยู่ในอุปการะอาจขอให้กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับต่อเนื่องโดยขอเปลี่ยนเป็นผู้เอาประกันภัยในกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ ภายใน 90 วันนับแต่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดลงบังคับ

16. สิทธิการขอเอาประกันภัยของผู้อยู่ในอุปการะ

หากคู่สมรสของผู้เอาประกันภัยขาดคุณสมบัติเนื่องจากกรหายา หรือ บุตรของผู้เอาประกันภัย ขาดคุณสมบัติเนื่องจากมีอายุเกินกว่า 20 ปี หรือสมรส คู่สมรสหรือบุตรของผู้เอาประกันภัย อาจยื่นคำขอเอาประกันภัยให้มีผลบังคับต่อเนื่อง โดยบริษัทจะคุ้มครองต่อเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัยเดิมและบริษัท จะไม่นำเงื่อนไขทั่วไป ข้อ 2 เรื่องการไม่ได้แย่งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย ข้อ 19 เรื่องสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยและข้อ 20 เรื่องระยะเวลาที่ไม่คุ้มครองมาเริ่มต้นบังคับใหม่ โดยมีเงื่อนไขว่า

- 16.1 ได้ยื่นขอเอาประกันภัยภายใน 90 วันนับแต่วันที่ขาดคุณสมบัติการเป็นผู้อยู่ในอุปการะ
- 16.2 จำนวนเงินผลประโยชน์ไม่เกินกว่าจำนวนเงินผลประโยชน์เดิม

17. การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

17.1 ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โดยการบอกกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรถึงบริษัท และมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัยคืนหลังจากหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้นตามตารางที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

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

17.2 บริษัทมีสิทธิบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โดยบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไม่น้อยกว่า 30 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้เอาประกันภัย หากปรากฏหลักฐานชัดเจนต่อบริษัทว่า ผู้ได้รับความคุ้มครองได้กระทำการโดยทุจริตเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับประโยชน์จากการประกันภัยนี้ ในกรณีนี้ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

ทั้งนี้บริษัทจะไม่รับผิดชอบสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอันเกิดจากการกระทำดังกล่าวข้างต้น การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยตามเงื่อนไขในข้อนี้ ไม่ว่าจะกระทำโดยฝ่ายใดก็ตามต้องเป็นการบอกเลิกทั้งฉบับเท่านั้น ไม่สามารถเลือกยกเลิกความคุ้มครองเพียงส่วนหนึ่งส่วนใดระหว่างปีได้ ทั้งนี้หากบริษัทได้خذใช้ค่าสินไหมทดแทนเกินกว่าเบี้ยประกันภัยที่ได้รับ จะไม่มีการคืนเบี้ยประกันภัย

18. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่ข้อพิพาทข้อขัดแย้งหรือข้อเรียกร้องใด ๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทและหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้นโดยวิธีอนุญาโตตุลาการบริษัทตกลงยินยอม และให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

19. สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย

บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ สำหรับโรค(รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการ หรือการผิดปกติ หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้เอา

ประกันภัยก่อนวันที่ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะมีผลบังคับ ซึ่งมีนัยสำคัญเพียงพที่ทำให้บุคคลทั่วไปพึงแสวงหาการวินิจฉัย ดูแล หรือรักษา หรือทำให้แพทย์พึงให้การวินิจฉัยดูแลหรือรักษาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย เว้นแต่

- 19.1 ผู้ได้รับความคุ้มครองได้แจ้งให้บริษัททราบและบริษัทยินยอมรับความเสี่ยงภัยโดย ไม่มีเงื่อนไขยกเว้นความคุ้มครองดังกล่าว หรือ
- 19.2 กรมธรรม์ประกันภัยนี้ มีผลบังคับต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยสภาพที่เป็นมาก่อนเอาประกันภัยนั้นไม่ปรากฏอาการ ไม่ได้รับการตรวจรักษาหรือวินิจฉัยโดยแพทย์หรือไม่ได้พบหรือปรึกษาแพทย์ ในระยะ 5 ปีก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก

20. ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง

- 20.1 บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สำหรับการเจ็บป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน หลังจากที่ยกเว้นความคุ้มครองประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรกตามที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ความคุ้มครองกรณีอุบัติเหตุจะเริ่มต้น ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรกตามที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย
- 20.2 บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สำหรับการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน หลังจากที่ยกเว้นความคุ้มครองประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรก
 - 20.2.1 เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด
 - 20.2.2 ริดสีดวงทวาร
 - 20.2.3 ไขข้ออักเสบทุกชนิด
 - 20.2.4 ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก
 - 20.2.5 การตัดทอนซิล หรือต่อมทอนซิล
 - 20.2.6 นิ้วทุกชนิด
 - 20.2.7 เส้นเลือดขาด
 - 20.2.8 เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่

21. การรักษานอกประเทศไทย

กรณีผู้ได้รับความคุ้มครอง รักษาพยาบาลนอกประเทศไทยตามข้อตกลงคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัยโดยจำนวนเงินผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ และความรับผิดชอบส่วนแรก (ถ้ามี) ใช้อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศตามวันที่ระบุไว้ในใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล

22. การคุ้มครองทารกแรกเกิดฟรี

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรสได้เอาประกันภัยไว้ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ทารกแรกเกิดของผู้เอาประกันภัยและคู่สมรสซึ่งเกิดในระหว่างที่ยกเว้นความคุ้มครองประกันภัยนี้ มีผลบังคับมาแล้วไม่น้อยกว่า 280 วันนับแต่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับเป็นครั้งแรก จะได้รับความคุ้มครองเท่ากับผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส โดยที่ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่ม แต่ผู้เอาประกันภัยจะต้องกรอกใบสมัครพร้อมแนบสำเนาสูติบัตรของทารกแรกเกิดมาแจ้งต่อบริษัท ซึ่งความคุ้มครองดังกล่าวจะเริ่มเมื่อทารกมีอายุครบ 15 วันและไม่ได้กำลังอยู่รักษาในโรงพยาบาล จนถึงวันสิ้นสุดความคุ้มครองตามปีกรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรสมีความคุ้มครองที่แตกต่างกัน ทารกจะได้รับคุ้มครองตามความคุ้มครองของผู้ได้รับความคุ้มครองที่ต่ำกว่าแต่ทั้งนี้ ความคุ้มครองของทารก ขึ้นอยู่กับการพิจารณารับประกันภัยของบริษัท

หากผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ที่จะให้ทารกแรกเกิดได้รับความคุ้มครองต่อเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัยเดิม ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดผลบังคับตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยจะต้องชำระเบี้ยประกันภัยของทารกแรกเกิดนั้นตามอัตราเบี้ยประกันภัยปกติของบริษัท

23. เงื่อนไขบังคับก่อน

บริษัทอาจจะไม่รับผิดชอบผลประโยชน์ตามเงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครองนี้ เว้นแต่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ผู้รับประโยชน์หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติตามถูกต้องครบถ้วนตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย

24. สกุดเงินตรา

เบี้ยประกันภัยและผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงจ่ายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะจ่ายเป็นสกุลเงินตราของประเทศไทย

หมวดที่ 3 ข้อยกเว้นทั่วไป

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน) อาการ หรือ ภาวะความผิดปกติที่เกิดจาก

- โรคเรื้อรัง ภาวะการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนวันทำสัญญาประกันภัย หรือวันเริ่มต้นความคุ้มครอง (รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจมีขึ้นภายหลัง) หรือสามารถพิสูจน์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองแล้วว่า มีระยะเวลาก่อตัวของโรคก่อนวันทำประกันภัย หรือวันเริ่มต้นความคุ้มครอง การตรวจรักษาภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด (Birth Defect or Congenital anomalies and abnormalities) การเจริญเติบโตผิดปกติ ปัญหาด้านพัฒนาการ ปัญหาที่เป็นผลสืบเนื่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ได้เลื่อนในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี การผ่าตัดหนังหุ้มปลายองคชาต (Circumcision) การผ่าตัดกระดูกสันหลังคด (Scoliosis) การผ่าตัดผนังกันช่องจมูกคด (Deviate nasal septum)
- การรักษาเพื่อให้อวัยวะ การผ่าตัดเพื่อปรับโครงสร้าง การแก้ไขปัญหามิพพรรณ สี ผ่า กระ รังแค แผลเป็น ผมหงอก ภาวะน้ำหนักน้อย หรือน้ำหนักเกิน การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย การผ่าตัดอันมีลักษณะเลือกได้ การผ่าตัดตกแต่ง (Cosmetic surgery) เว้นแต่การผ่าตัดนั้นจำเป็นเพื่อซ่อมแซมให้อวัยวะดังกล่าวสามารถกลับมาใช้งานได้ปกติเดิม โดยต้องมีสาเหตุจากอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครองและทำให้เกิดความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะอื่นใดที่ไม่ใช่อวัยวะเพศ หรือเต้านม
- การตั้งครรภ์ การแท้งบุตร การทำแท้ง การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ หรือการคลอดบุตร การแก้ไขปัญหามิพพรรณ (รวมทั้งการสืบวิเคราะห์และการรักษา) การทำหมันหรือการคุมกำเนิด
- โรคเอดส์ หรือกามโรค หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือภาวะใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์
- การตรวจรักษา การป้องกัน การปรึกษาการใช้ยา หรือสารต่าง ๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของวัย การรักษาภาวะสมองเสื่อม อัลไซเมอร์ การให้ฮอร์โมนทดแทนในวัยใกล้หมดหรือหมดระดู การรักษาภาวะกระดูกพรุน การสืบวิเคราะห์การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในหญิง หรือชาย การรักษาความผิดปกติทางเพศ การแปลงเพศ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับ วิตามิน แร่ธาตุ อาหารเสริม นมสำเร็จรูป การใช้จ่ายที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐบาลที่เป็นหน่วยงานในการควบคุม ดูแลในประเทศที่มีขายดังกล่าวจำหน่าย หรือยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาของประเทศนั้น ๆ ยาพิเศษที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเตรียมขึ้นโดยไม่ได้แจ้งรายละเอียดของส่วนประกอบของตัวยา
- การตรวจสุขภาพทั่วไป การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือร้องขอการผ่าตัด การพักผ่อน หรือการพักเพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉย ๆ การตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุใด ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเข้ารักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือคลินิก การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย การรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ ซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่ป็นมาตรฐานทางการแพทย์ การทดสอบภูมิแพ้ทุกชนิดรวมถึงการทดสอบการขาดวิตามินหรือแร่ธาตุ
- การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา และกล้ามเนื้อตา การทำเลสิก ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็นหรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็นการตรวจรักษา หรือการผ่าตัด ตาเอียง ตาเขย่ง ตาเหล่ทุกชนิด
- การตรวจรักษาต้านทานกรรม การผ่าตัด หรือการป้องกันปัญหาโรคเหงือก โรคฟัน หรือ โรคขากรรไกร การนอนกัดฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษารากฟัน อุดฟัน จัดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่เกิดขึ้นขณะที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ แต่ ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอม การครอบฟัน การจัดฟัน การเข้าเฝือกฟัน และการรักษารากฟันหรือใส่รากเทียม
- การรักษาอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน การบำบัดการติดยาเสพติดให้โทษ บุหรี่ สุรา หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
- การตรวจวินิจฉัย การสืบวิเคราะห์ หรือ การตรวจรักษา อาการ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจและพฤติกรรม (Mental and Behavioral Disorder) โรคทางจิตเวช ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมถึงสภาวะสมาธิสั้น ออติซึม เครียด ความผิดปกติของการกิน หรือความวิตกกังวล เว้นแต่เป็นการรักษาผู้ป่วยใน
- การตรวจรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างทดลอง การตรวจหรือการรักษาโรคหรืออาการหยุดหายใจขณะหลับ การตรวจหรือการรักษา หรือการผ่าตัดเพื่อรักษาความผิดปกติของการนอนหลับ การนอนกรน
- การปลูกฝีหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยกเว้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังการถูกสัตว์ทำร้าย และวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ภายหลังการได้รับบาดเจ็บ
- การตรวจรักษาที่ไม่ใช่แผนปัจจุบัน รวมถึงแพทย์ทางเลือก
- ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลที่ผู้ได้รับความคุ้มครองซึ่งเป็นแพทย์สั่งให้แก่ตัวเอง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ ผู้ซึ่งเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้ได้รับความคุ้มครอง
- การฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามทำร้ายร่างกายตนเองไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครอง กิน ดื่ม หรือบริโภคหรือฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง
- การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นของผู้ได้รับความคุ้มครองขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนร่วม ให้เกิดการทะเลาะวิวาทหรือการบาดเจ็บใด ๆ ที่ภายหลังที่พิสูจน์ได้ว่าเป็นผลสืบเนื่องจากเหตุทะเลาะวิวาทที่ผู้เอาประกันเข้าร่วม หรือมีส่วนร่วมให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครองก่ออาชญากรรมที่มีความผิดฐานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ได้รับความคุ้มครอง เล่น เข้าร่วม หรือแข่งกีฬา หรือกิจกรรมอันตรายทุกชนิด กีฬาสำหรับมืออาชีพ

แข่งรถหรือแข่งเรือทุกประเภท ขี่ม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย เล่นหรือแข่งสเก็ต ชกมวย กีฬาที่ต้องมีการปะทะ การยกน้ำหนัก โดดร่ม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลงหรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน การดิ่งพสุธา การเล่นบันจี้จัมพ์ การดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศหรือเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ และการขับซึ่รตหรือรถจักรยานยนต์โดยไม่มีใบอนุญาตขับขี่

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. การแพร่รังสี หรือการแพร่กัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใด ๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และจากกรรมวิธีใด ๆ แห่งการแตกแยกกัมมันตภาพรังสีซึ่งดำเนินติดต่อไปด้วยตัวเอง
26. การระเบิดของกัมมันตภาพรังสี หรือส่วนประกอบของนิวเคลียร์ หรือวัตถุอันตรายอื่นใดที่อาจเกิดการระเบิดในกระบวนการนิวเคลียร์ได้

หมวดที่ 4 ข้อตกลงคุ้มครอง

ขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ ภายใต้เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น และเอกสารแนบท้ายของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระบริษัทตกลงจะให้ความคุ้มครองหากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับความคุ้มครองได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเมื่อพ้นระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง จนเป็นเหตุให้ต้องได้รับการพยาบาล บริษัทจะจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ให้ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย สำหรับข้อตกลงคุ้มครองดังต่อไปนี้

ข้อตกลงคุ้มครองการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน)

ขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเมื่อพ้นระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง จนเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ โดยจะต้องลงทะเบียนเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงติดต่อกัน บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ดังต่อไปนี้

1. ค่าห้อง ค่าอาหารและค่าบริการพยาบาล

1.1 ห้องผู้ป่วยปกติ

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารประจำวัน สำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอาหารทางสายยาง ค่าบริการพยาบาลและค่าบริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม เมื่อผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม โดยจ่ายไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินจำกัดต่อวัน หรือจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

1.2 ห้องผู้ป่วยหนัก

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางด้านหัวใจ (ซี.ซี.ยู.) และห้องฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอาหารทางสายยาง ค่าบริการพยาบาล และค่าบริการผู้ป่วยในรายวันในโรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลเวชกรรม ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

2. ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไป

2.1 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด

2.2 ค่าบริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิตค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต รวมค่าใช้จ่ายในการแยก จัดเตรียมและวิเคราะห์เพื่อการให้โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิต

2.3 ค่าบริการรถพยาบาล ค่าบริการรถพยาบาล เพื่อเหตุผลทางการแพทย์ ไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย สำหรับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

2.4 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพยาธิวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ รวมค่าแพทย์อ่านผล

2.5 อุปกรณ์ทางการแพทย์

2.5.1 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ นอกห้องผ่าตัด

2.5.2 ค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวช.1)

2.5.3 ค่าวัสดุ หรืออุปกรณ์ที่ใช้ติดตัวผู้ป่วย (เวช.3) ยกเว้นเครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker

2.6 ค่ากายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/การรักษาแบบโคโรแพรดติค/การฝังเข็ม ค่ากายภาพบำบัด ค่ากิจกรรมบำบัด การรักษาแบบโคโรแพรดติค การฝังเข็ม โดยคำสั่งแพทย์ และค่าธรรมเนียมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ของใช้ ตามความจำเป็นทางการแพทย์ โดยการทำการกายภาพบำบัดดังกล่าวต้องเป็นผลต่อเนื่องโดยตรง และสอดคล้องกับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย

2.7 ค่าห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ ค่าห้องผ่าตัด ค่าอุปกรณ์ห้องผ่าตัด ค่าอุปกรณ์การวางยาสลบ ค่าห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด ค่าเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัด

2.8 ค่าแพทย์วิสัญญีพยาบาลวิสัญญี ค่าบริการแพทย์และพยาบาลที่วางยาสลบหรือยาสชา

2.9 ค่าแพทย์ที่ปรึกษาทางการแพทย์ กรณีไม่มีกรมผ่าตัด ค่าปรึกษาแพทย์ทางการแพทย์ ตามค่าธรรมเนียมการปรึกษาแพทย์ที่ต้องจ่ายจริง ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2.10 ค่ายกกลับบ้านตามความจำเป็นทางการแพทย์ไม่เกินกว่า 14 วันนับแต่วันที่อยู่จากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม ทั้งนี้ไม่เกินกว่าผลประโยชน์สูงสุดต่อวันของค่าห้องที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2.11 ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ค่ารักษาพยาบาลในกรณีฉุกเฉินเนื่องจากบาดเจ็บ ภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากวันที่รับการรักษาครั้งแรกสำหรับการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้งไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุด ตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2.12 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลต่อเนื่องภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม

2.12.1 ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก

ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ที่ให้การตรวจรักษาโดยแพทย์ รวมถึงค่าวินิจฉัยโรคแบบผู้ป่วยนอก สำหรับการรักษาต่อเนื่องภายใน 30 วัน กรณีซื้อแผนสแตนดาร์ด สแตนดาร์ดพลัส สแตนดาร์ดเอ็กซ์ตรา และพรีเมียร์ และ 90 วัน กรณีซื้อแผนพรีเมียร์พลัส แมกซ์ม่า แมกซ์ม่าพลัส อัลติม่า และอัลติม่าพลัส หลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ทั้งนี้ การตรวจวินิจฉัยโรคดังกล่าวต้องเป็นผลต่อเนื่องโดยตรงและสอดคล้องกับการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยอันเป็นเหตุของการเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมในครั้งนั้นตามจำนวนเงินที่จ่ายไปจริง หรือจำนวนยอดเงินคงเหลือในหมวดค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไปแล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่าสำหรับการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยนั้น

2.12.2 ค่ากายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ต่อเนื่องจากการรักษาผู้ป่วยใน

ค่ากายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ตามจำนวนเงินที่จ่ายไปจริง หรือจำนวนยอดเงินคงเหลือในหมวดค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการทั่วไป แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า สำหรับการทำการกายภาพบำบัดที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 30 วัน ถัดจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ตามรายการดังต่อไปนี้คือ ค่าธรรมเนียมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ตามความจำเป็นทางการแพทย์ โดยการทำการกายภาพบำบัดดังกล่าวต้องเป็นผลต่อเนื่องโดยตรงและสอดคล้องกับการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยอันเป็นเหตุของการเข้ารับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมในครั้งนั้น

2.13 ค่าพยาบาลพิเศษที่บ้าน

ค่าใช้จ่ายสำหรับการพยาบาลพิเศษที่บ้านซึ่งได้รับรองโดยแพทย์ผู้รักษา และโดยความเห็นชอบของบริษัท สำหรับการพยาบาลพิเศษที่บ้านที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ที่มีความคุ้มครองตามจำนวนเงินที่จ่ายไปจริง สูงสุดไม่เกิน 30 วัน หรือตามจำนวนยอดเงินคงเหลือในหมวดค่ารักษาพยาบาล และค่าบริการทั่วไป แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า ต่อเนื่องทันที ภายหลังจากการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ต่อการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

2.14 ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาหรือหัตถการดังต่อไปนี้ (ที่มีได้ยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลเวชกรรมในฐานะผู้ป่วยใน)

- 2.14.1 การสลายนิ่ว (ESWL : Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)
- 2.14.2 การตรวจเส้นเลือดหัวใจโดยการฉีดสี (Coronary Angiogram/ Cardiac Catheterization)
- 2.14.3 การผ่าตัดต้อกระจก และต้อเนื้อ (Phacoemulsification with intraocular lens implantation, Extra Capsular Cataract Extraction with Intraocular lens implantation, and Pterygium)
- 2.14.4 การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopy) ทุกชนิด
- 2.14.5 การตรวจโดยการส่องกล้อง (Endoscopy) ทุกชนิด
- 2.14.6 การผ่าตัด หรือเจาะไซนัส (Sinus Operations)
- 2.14.7 การรักษาริดสีดวงทวารโดยการฉีดยาหรือผูก (Injection or Rubber Band Ligation)
- 2.14.8 การตัดก้อนเนื้อที่เต้านม (Excision Breast Mass)
- 2.14.9 การตัดชิ้นเนื้อจากกระดูก (Bone Biopsy)
- 2.14.10 การตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยจากอวัยวะใด ๆ (Tissue Biopsy)
- 2.14.11 การตัด (Amputation) นิ้วมือหรือนิ้วเท้า
- 2.14.12 การจัดกระดูกให้เข้าที่ (Close Reduction of Fractures)
- 2.14.13 การเจาะตับ (Liver Punchure / Liver Aspiration)
- 2.14.14 การเจาะไขกระดูก (Bone Marrow Aspiration)
- 2.14.15 การเจาะช่องเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Lumbar Puncture)
- 2.14.16 การเจาะช่องเยื่อหุ้มปอด (Thoracentesis/Pleuracentesis/Thoracic Aspiration/Thoracic Paracentesis)
- 2.14.17 การเจาะช่องเยื่อช่องท้อง (Abdominal Paracentesis/Abdominal Tapping)
- 2.14.18 การขูดมดลูก (Curettage, Dilation & Curettage, Fractional Curettage)
- 2.14.19 การตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูก (Calposcopy, Loop diathermy)
- 2.14.20 การรักษา Bartholin's Cyst (Marsupialization of Bartholin's Cyst)
- 2.14.21 การรักษาโรคด้วยรังสีแกมมา (Gamma knife)

ทั้งนี้ หากมีการผ่าตัดให้ใช้อัตราค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด ตามตารางอัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด ในข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดหรือตามจำนวนเงินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2.15 ค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรม กรณีผู้ป่วยในโรคจิตเวช ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวลที่ระบุผลประโยชน์ในหน้าตารางกรมธรรม์ (Inpatient Mental and Behavioral disorders) บริษัทตกลงจ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้งและระยะเวลาตลอดชีพ ตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยแล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

3. ข้อจำกัด

- 3.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การฟอกไต บริษัทจะให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงสูงสุด ไม่เกินผลประโยชน์ที่ระบุในตารางกรมธรรม์ต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 3.2 ผลรวมของค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับการชดเชยในหมวดที่ 1 ถึง 4 จะต้องไม่เกินจำนวนเงิน ผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามสัญญาคุ้มครองนี้ ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 4.1 ยา การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่ระบุในใบรับรองแพทย์
- 4.2 วิตามิน เกลือแร่ นมสำเร็จรูป อาหารเสริม
- 4.3 เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker
- 4.4 กายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์คงทน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง แวนตา เลนซ์ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องวัดสัญญาณชีพ (ชีพจร ความดันเลือด อุณหภูมิ) เครื่องช่วยค้ำยันต่างๆ รถเข็นผู้ป่วย อวัยวะเทียม ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม
- 4.5 การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
- 4.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร

ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด

บริษัทตกลงจะจ่ายผลประโยชน์การรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองสำหรับค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

1. ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ

บริษัทตกลงจะจ่ายค่าแพทย์ผ่าตัด แพทย์ผู้ช่วย รวมทั้งพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด ที่เรียกเก็บโดยศัลยแพทย์หรือแพทย์สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ที่เป็นผลจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

- 1.1 สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ครั้งหนึ่งครั้งใดบริษัทตกลงจะจ่ายค่าธรรมเนียมการผ่าตัดที่เกิดขึ้นจริงหรือตามจำนวนเงินที่กำหนดไว้สำหรับการผ่าตัดนั้นตามตารางอัตราค่าธรรมเนียมการผ่าตัด แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า
- 1.2 ในกรณีการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ เกินกว่าหนึ่งอวัยวะ ซึ่งกระทำในแผลเดียวกันบริษัทตกลงจะจ่ายผลประโยชน์สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ หนึ่งครั้งที่มีผลประโยชน์มากที่สุด
- 1.3 สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ทั้งหมดที่ได้กระทำในการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งครั้งใด บริษัทตกลงจะจ่ายไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

2. ค่ารักษาทางการแพทย์กรณีมีการผ่าตัด

บริษัทตกลงจะจ่ายค่ารักษาการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ สำหรับการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับการผ่าตัด ดังต่อไปนี้

- 2.1 ค่าธรรมเนียมการปรึกษาแพทย์ที่ต้องจ่ายจริงหรือตามจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า
- 2.2 ค่าธรรมเนียมการปรึกษาจะต้องรวมเข้ากับค่าธรรมเนียมการผ่าตัด ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

3. ข้อจำกัด

- 3.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การฟอกไต บริษัทจะให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงสูงสุด ไม่เกินผลประโยชน์ที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 3.2 ผลรวมของค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับการชดเชยในหมวดที่ 1 ถึง 4 จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อยกเว้น

การประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 4.1 ยา การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่ระบุในใบรับรองแพทย์
- 4.2 วิตามิน เกลือแร่ นมสำเร็จรูป อาหารเสริม
- 4.3 เครื่องกระตุ้นหัวใจ Defibrillator หรือ Pacemaker
- 4.4 กายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์คงทน ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง แวนตา เลนซ์ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องวัดสัญญาณชีพ (ชีพจรความดันเลือด อุณหภูมิ) เครื่องช่วยค้ำยันต่างๆ รถเข็นผู้ป่วย อวัยวะเทียม ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม ข้อเทียม
- 4.5 การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
- 4.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร
- 4.7 การผ่าตัดที่มีได้มีการแนะนำโดยแพทย์ หรือศัลยแพทย์
- 4.8 การผ่าตัดเกี่ยวกับการรักษาเด็กแรกเกิด การแท้งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร การตั้งครภ์นอกมดลูก

ข้อตกลงคุ้มครองการดูแลโดยแพทย์

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์การดูแลโดยแพทย์ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง สำหรับแพทย์เจ้าของไข้ สำหรับการดูแลในแต่ละวันระหว่างที่มีการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยใน) บริษัทตกลงจ่ายไม่เกินค่าบริการที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินจำกัดต่อวันหรือผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

1. ข้อจำกัด

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

2. ข้อยกเว้น

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- 2.1 ยา การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย 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 (ชีพจร ความดันเลือด อุณหภูมิ) เครื่องช่วยค้ำยันต่าง ๆ รถเข็นผู้ป่วย อวัยวะเทียม ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม ตาเทียม ข้อเทียม
- 2.5 การบริการโดยพยาบาลพิเศษ
- 2.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร

ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก) (กรณีข้อความคุ้มครองเพิ่มเติม)

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก)ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ดังต่อไปนี้

1. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ได้แก่ ค่าแพทย์, ค่านักกายภาพบำบัด, โครโมแพคเตอร์, ค่าแพทย์ฝังเข็มโดยการส่งต่อจากแพทย์ผู้ดูแล, การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ, ค่าเอ็กซเรย์, ค่ายาตามคำสั่งแพทย์, ค่าทำศัลยกรรมและหัตถการกรณีผู้ป่วยนอก, ค่าอุปกรณ์ในการผ่าตัด, ค่าวินิจฉัยแพทย์ และ/หรือ วิสัญญีพยาบาล, การทำแผล, เคมีบำบัด และการฉายแสงให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองที่ได้รับความคุ้มครองสำหรับการบำบัดรักษาโดยแพทย์ ซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง แต่ไม่เกินจำนวนที่ต้องจ่ายจริง หรือจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย แล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

2. ยารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก

การจ่ายยารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก จะต้องได้รับการสั่งยาโดยแพทย์ และจำนวนยาที่จ่ายต้องไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการรักษา

3. ข้อจำกัด

- 3.1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การฟอกไต บริษัทจะให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงสูงสุดไม่เกินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย ต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
- 3.2 ผลรวมของค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับการชดเชยในหมวดที่ 1 ถึง 4 จะต้องไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดต่อโรคที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อยกเว้น

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) เครื่องช่วยค้ำยันต่าง 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 การสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้นโดยสิ้นเชิง 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 หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่า ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
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 บริษัทจะยังคงให้ความคุ้มครองจนถึงสุดระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่เหลืออยู่เท่านั้น

การเรียกร้องผลประโยชน์การเสียชีวิต

ผู้รับประโยชน์จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตโดยค่าใช้จ่ายของผู้รับประโยชน์

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. ใบมรณบัตร
3. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน
4. สำเนาบันทกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์

การเรียกร้องผลประโยชน์ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือการสูญเสียอวัยวะ

ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะโดยค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
2. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ

การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าว ไม่ทำให้สิทธิในการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นได้ว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถส่งหลักฐานดังกล่าวได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ได้ส่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้แล้ว

ช้อยยกเว้น

การประกันภัยตามเอกสารแนบท้ายนี้ไม่คุ้มครอง

1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- 1.1 การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถทรงสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- 1.2 การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
- 1.3 การได้รับเชื้อโรค ปรสิต เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดทะยัก 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) กระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม (Degenerative disc disease) กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylosis) และภาวะที่มีรอยแตก (Defect) หรือพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วน Pars interarticularis (Spondylolysis) เว้นแต่ที่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- 1.10 สงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงคราม ไม่ว่าจะได้มีการประกาศสงครามหรือไม่ก็ตาม หรือสงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การก่อความวุ่นวาย การปฏิวัติ การรัฐประหาร การประกาศกฎอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใด ๆ ซึ่งจะเป็นเหตุให้มีการประกาศหรือคงไว้ซึ่งกฎอัยการศึก
- 1.11 การก่อการร้าย
- 1.12 การแผ่รังสี หรือการแพร่กัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใด ๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และจากกรรมวิธีใด ๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ซึ่งดำเนินติดต่อกันไปด้วยตัวเอง
- 1.13 การระเบิดของกัมมันตภาพรังสี หรือส่วนประกอบของนิวเคลียร์ หรือวัตถุอันตราย อื่นใดที่อาจเกิดการระเบิดในกระบวนการนิวเคลียร์ได้

2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้ (เว้นแต่จะได้มีการขยายความคุ้มครอง และมีการออกเอกสารแนบท้ายเพื่อขยายความคุ้มครองดังกล่าว)

- 2.1 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยแข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า แข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสเก็ต ขกมวย โดดร่ม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลงหรือโดยสารอยู่ในบอลูน หรือเครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ดำน้ำที่ต้องใช้อากาศและเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ
- 2.2 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- 2.3 ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้ จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร 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 ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับต่อไปจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

หมวดที่ 5 เอกสารแนบท้าย

ขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ ภายใต้งบเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครองช้อยยกเว้น และเอกสารแนบท้ายแห่งกรมธรรม์ประกันภัยนี้ หากผู้ได้รับความคุ้มครองได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยเมื่อพ้นระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง จนเป็นเหตุให้ต้องได้รับการรักษาพยาบาล บริษัทจะจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ให้ตามจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริงแต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุด ตามที่ระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัยสำหรับเอกสารแนบท้าย ดังต่อไปนี้

**เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
การตั้งครุฑ และการคลอดบุตร**
(ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีรีส์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่		วันที่เอกสาร
ชื่อผู้เอาประกันภัย	<i>รายละเอียดตั้งครุฑในหน้าตารางกรมธรรม์</i>		
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่	เวลา 16.30 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรมปี	ภาษี	รวม

การขยายความคุ้มครอง

เป็นที่ตกลงกันว่าในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับตั้งระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้ กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจากหรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินประกันภัยระบุไว้

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 และคัลยแพทย์
4. เงื่อนไขการจ่ายผลประโยชน์สำหรับการมีครุฑแต่ละครั้งไม่เกิน
 - 4.1 จำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย กรณีการคลอดบุตรทางช่องคลอด
 - 4.2 จำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย กรณีผ่าท้องคลอดบุตร
 - 4.3 จำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย กรณีเปิดและขูดมดลูก และการแท้งบุตร และการผ่าตัดกรณีท้องนอกมดลูก

ข้อจำกัด

1. บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครอง เพราะการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมภายใน 280 วันแรก นับจากวันที่เอกสารแนบท้ายนี้มีผลบังคับ
2. บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองสำหรับการบริการรักษาพยาบาลที่ไม่เกี่ยวกับการคลอดบุตร เว้นแต่การรักษาซึ่งจำเป็นเพื่อช่วยชีวิตมารดาหรือทารกแรกเกิด

ข้อยกเว้น

การประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่าย การบริการโดยพยาบาลพิเศษ

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม

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

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่		วันที่เอกสาร
ชื่อผู้เอาประกันภัย			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	รายละเอียดที่คุ้มครอง รายละเอียดที่คุ้มครอง รายละเอียดที่คุ้มครอง	เวลา 16.30 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรแสดมปี	ภาษี	รวม

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้ บริษัทตกลงจะจ่ายผลประโยชน์การรักษาด้านทันตกรรมให้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองที่ได้รับการบำบัดรักษาโรคโดย ทันตแพทย์ 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

เงื่อนไขเฉพาะ

สภาพทั้งหมดของการตรวจช่องปากและการตรวจฟันอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งให้มีการเอกซเรย์ฟันครบชุดที่บันทึกโดยทันตแพทย์ในรูปแบบฟอร์มการตรวจช่องปาก และการตรวจฟัน (Oral and Dental Examination) ที่กำหนดโดยบริษัท ในครั้งแรกที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการตรวจช่องปากและการตรวจฟันนั้น ให้เป็นและถือว่าเป็นสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และไม่ได้ได้รับความคุ้มครอง อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการตรวจช่องปาก การตรวจฟันและการเอกซเรย์ฟันครบชุด โดยทันตแพทย์ในการตรวจครั้งแรก จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ข้อตกลงคุ้มครองการตรวจรักษาด้านทันตกรรม รายงานการช่องปาก การตรวจฟันอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งการเอกซเรย์ฟันครบชุด ที่บันทึกโดยทันตแพทย์ตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยบริษัท จะต้องนำเสนอให้บริษัทพิจารณาพร้อมกับเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามผลประโยชน์การตรวจรักษาด้านทันตกรรมนี้

ข้อยกเว้น

การประกันภัยนี้ ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

1. การร้องขอการรักษาหรือผ่าตัดทางทันตกรรมโดยมิได้มีการแนะนำโดยทันตแพทย์ รวมถึง การบริการทางทันตกรรมที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา
2. อุปกรณ์เทียมและอวัยวะเทียมทุกชนิด
3. การตรวจรักษาทางทันตกรรมใด ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อความสวยงาม ได้แก่ การฟอกสีฟัน การรักษาฟันห่าง การรักษาฟันที่ผิดปกติ
4. การรักษาอาการนอนกัดฟันทุกชนิด รวมถึงการรักษาความผิดปกติในการนอนหลับ
5. การจัดฟันทุกประเภท รวมถึงการจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ

ความรับผิดชอบของบริษัทนี้ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยฉบับบังคับตามเดิม

เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
การตรวจตา การวัดค่าสายตา และความสามารถในการมองเห็น
 (ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีริย์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่		วันที่เอกสาร
ชื่อผู้เอาประกันภัย			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่	เวลา 16.30 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรมตรปี	ภาษี	รวม

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้ บริษัทตกลงจ่ายผลประโยชน์ในอัตราร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควรที่ต้องจ่ายแต่ไม่เกินจำนวนเงินที่ระบุในตารางกรมธรรม์ เมื่อค่าสายตาเปลี่ยนจากค่าสายตาที่บันทึกไว้ก่อนหน้า สำหรับค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

ความคุ้มครองสำหรับการตรวจตา การวัดค่าสายตาและความสามารถในการมองเห็นได้แก่

- ค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจตา และการวัดค่าสายตา
- ค่าใช้จ่ายสำหรับ แว่นสายตา แว่นกันแดด (เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตามความเห็นของจักษุแพทย์และเลนส์สัมผัส สำหรับแว่นกันแดดและแว่นสายตา จะจำกัดผลประโยชน์จำนวน 1 ชิ้น หรือ 1 ชุด ต่อปีกรมธรรม์

เงื่อนไขเฉพาะ

การตรวจตาและค่าสายตา ที่บันทึกโดยจักษุแพทย์ ในแบบฟอร์มการตรวจตาที่กำหนดโดยบริษัท ในครั้งแรกที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเข้ารับการตรวจตา และวัดค่าสายตานั้น จะถือว่าเป็นสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และไม่ได้รับความคุ้มครอง อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการตรวจตา การวัดค่าสายตาและค่าวิชาชีพจักษุแพทย์ในการตรวจครั้งแรกจะได้รับความคุ้มครองภายใต้ข้อตกลงคุ้มครองการตรวจตา และความสามารถในการมองเห็น รายงานการตรวจตา และการวัดค่าสายตาอย่างสมบูรณ์ที่บันทึกโดยจักษุแพทย์ตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยบริษัทจะต้องนำเสนอให้บริษัทพิจารณาพร้อมกับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามผลประโยชน์การตรวจตาและความสามารถในการมองเห็นนี้

ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามเอกสารแนบท้ายนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับหรือเกี่ยวกับการผ่าตัดแก้ไขเพื่อแก้ไขค่าสายตาและความสามารถในการมองเห็น รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากอาการแทรกซ้อนที่ตามมาหรือผลที่ตามมาจากการรักษาดังกล่าว

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม

เอกสารแนบท้ายขยายความคุ้มครอง
ค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และ ค่าอวัยวะเทียมแบบถาวร
 (ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ “ไลฟ์สไตล์ ซีริย์”)

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่		วันที่เอกสาร
ชื่อผู้เอาประกันภัย			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่	เวลา 16.30 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรมปี	ภาษี	รวม

คำนิยาม

อวัยวะ (Organ)	หมายถึง	โครงสร้างทางชีววิทยาที่ประกอบด้วยเนื้อเยื่อตั้งแต่สองชนิดหรือมากกว่าที่ร่วมกันทำงานในแต่ละหน้าที่ ที่เป็นหน้าที่เฉพาะของแต่ละโครงสร้างนั้น ๆ อวัยวะจึงเป็นที่รวมของกลุ่มเนื้อเยื่อที่ทำงานเฉพาะแต่ร่วมกันภายในหน่วยของโครงสร้างของร่างกาย
อวัยวะเทียม (Artificial Organ)	หมายถึง	สิ่งที่เป็นโครงสร้างทางชีววิทยาที่ประกอบด้วยเนื้อเยื่อตั้งแต่สองชนิดหรือมากกว่า ไม่ว่าจะเนื้อเยื่อนั้นจะมีแหล่งกำเนิดมาจากมนุษย์ หรือจากสัตว์ก็ตามที่ร่วมกันทำงานในแต่ละหน้าที่ที่เป็นหน้าที่เฉพาะของแต่ละโครงสร้างนั้น ๆ ที่ถูกประดิษฐ์หรือสร้างขึ้นมา เพื่อนำไปใช้ หรือใส่ หรือฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อทดแทน หรือ ซ่อมแซม หรือฟื้นฟูหรือการรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ
เครื่องมือทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device)	หมายถึง	เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องกล หรือสิ่งอื่นที่คล้ายกันที่ใช้ หรือ ฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อวินิจฉัย ป้องกัน รักษา โรค หรือความผิดปกติของร่างกาย
เครื่องมือแพทย์แบบถาวร หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์แบบถาวร (Permanent Device)	หมายถึง	เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องกล หรือสิ่งอื่นที่คล้ายกัน ที่ใช้ หรือใส่ หรือฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อวินิจฉัย หรือป้องกัน หรือรักษาโรค หรือความผิดปกติของร่างกาย โดยเครื่องมือชิ้นนั้นจำเป็นต้องใช้ หรือใส่ หรือฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครอง 5 ปี หรือนานกว่านั้น

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้ บริษัทจะไม่จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ ค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และ/หรือ ค่าอวัยวะเทียมแบบถาวรใด ๆ ที่ถูกฝังหรือใส่ไว้ในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 5 ปี นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัย หรือ วันที่ความคุ้มครองเริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นทีหลัง ยกเว้นแผน ULTIMA PLUS คุ้มครองตั้งแต่ปีกรมธรรม์แรก

เมื่อพ้นระยะเวลา 5 ปี นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัย เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก บริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และ/หรือ ค่าอวัยวะเทียมแบบถาวรที่ถูกฝังหรือใส่ไว้ในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย โดยบริษัทจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้ตามที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ต้องไม่เกินความจำเป็นและเหมาะสม โดยจำกัดจำนวนเงินคุ้มครองไม่เกินผลประโยชน์ตามหน้าตารางกรมธรรม์/ต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย

สำหรับค่าเลนส์แก้วตาเทียม บริษัทจะจ่ายค่าเลนส์แก้วตาเทียมแบบถาวรที่ถูกฝัง หรือใส่ไว้ในร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมแบบความคมชัดที่มีจุดรวมแสงระยะเดียว (Monofocal Lens) เท่านั้น

บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ หรือ ค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เกี่ยวข้องการทารากฟันเทียม ค่ารากฟันเทียม รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

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

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทนส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม

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

เอกสารแนบท้ายเลขที่	เป็นส่วนหนึ่งของ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่		วันที่เอกสาร
ชื่อผู้เอาประกันภัย			
ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่	เวลา	สิ้นสุดวันที่	เวลา 16.30 น.
เบี้ยประกันภัย	อากรมปี	ภาษี	รวม

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายความคุ้มครอง ความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากอุบัติเหตุในขณะที่ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ สำหรับการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวร โดยมีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทนส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม

**ENGLISH
VERSION**

Health and Accident Insurance “Lifestyle Series”

This Insurance Agreement is part of this Policy and its Claim procedure. The Insured must pay the premium under its principles, general conditions, Insurance Agreements, Exclusions and attached endorsements which are stated as follows:

Category 1 Definitions Any statement or description appearing in any part of this Insurance Policy is agreed to have the same meaning unless being specified otherwise.

The Company	means	Pacific Cross Health Insurance PCL.
Insurance Policy	means	The Insurance Policy Schedule, the covering Schedule, Condition, Insurance Agreement, Exclusions, Definitions, Endorsements, Special Specified Items, Endorsement of Insurance Confirmation, Insurance Agreement and Exclusions attached are part of this Insurance Policy.
Insured	means	The person(s) whose name is stated in this Policy Schedule is the insured person.
Dependents	means	Person(s) whose is under the Insured’s responsibility whose name is stated in the Policy Schedule as follows; 1) The Insured’s spouse whose age is not exceeding 60 years old, 2) Legal children of the Insured or the Insured’s spouse whose age is from 15 days but not older than 23 years old, unmarried or currently in full time education.
Covered person	means	The Insured and/or the Insured’s dependent/s whose name is/are stated in this Policy Schedule.
Accident	means	An immediate unexpected event caused by outside factors causing injury to the insured.
Injury	means	A physical injury resulting from an accident caused by other individuals or independent factors.
Illness	means	Physical condition, symptom, sickness or contagious disease that the Insured suffers.
Physician	means	The person(s) who holds a Graduate Degree in Medicine and has obtained the registration from the Medical Council of Thailand and is permitted to perform the medical service or surgery in the district he/she registered.
Dentist	means	The person(s) who holds a Graduate Degree in Dentistry and has obtained the registration from the Medical Council of Thailand and is permitted to perform the medical service or surgery in the district he/she is registered.
Dental	means	The investigation, treatment, diagnosis or prevention focusing on dental condition, any organ which is related to teeth, mouth, dental and jaw joint and facial bone which is related to the jaw. This is inclusive of dental surgery or any rehabilitation of teeth and any organ relating to mouth.
Dental Prosthodontics	means	The area of dentistry that focuses on dental prostheses and/or dental treatment that assists patient’s teeth functioning properly. The Dental Prosthodontics is an elective treatment for better presentable and functioning teeth.
Specialist	means	The physician(s) who has obtained the registration or certificate from the Medical Council of Thailand or an Institute equivalent to the Medical Council of Thailand. 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(s) who holds a Graduate Degree in Surgery and has obtained the registration from the Medical Council of Thailand and is permitted to perform the medical service or surgery in the district he/she is registered.
Nurse	means	The person(s) who has trained and obtained a registration for Nursing according to law.
Medical Expense	means	The service fees that the hospital or medical center charges the Insured that are considered normal and customary while he/she is their In-Patient.
In-Patient	means	The patient who is admitted in a hospital or medical center longer than 6 hours. He/she registers and is medically treated following a physician’s opinion or diagnosis which is

		according to medical standards at that particular time and is applicable for the condition. This includes an In-Patient who is hospitalized but dies within 6 hours.
Out-Patient	means	The patient receiving medical service at an Out-patient's ward or emergency department in a hospital or medical center. The patient does not need to register or be hospitalized as an In-Patient to receive treatment.
Hospital	means	Any location or building providing medical services, medical facilities and medical professionals. The Hospital is medically well-equipped and large enough to accommodate overnight patients. It has an operating theatre for major surgical procedures. It is legally registered as a hospital in its district.
Medical Centre	means	Any location or building providing medical service and being able to accommodate overnight patients. It is legally registered as a medical centre in its district.
Clinic	means	Any location or building legally registered as a clinic. There are physicians available to treat or diagnose patients but the clinic is not able to accommodate overnight patients.
Medical Standard	means	The international medically accepted standard of investigation and treatment of the patient according to the injury history, illness, diagnosis, examination or other means (if applicable).
Medical Necessary	means	Any medical treatment stating as follows: 1) It is according to the person's diagnosis, treatment of such applicable injury or illness, 2) There must be a proper medical indication according to universal medical standards, 3) It must not be for any treatment the Insured and the family have taken for convenience This extends to the medical professionals providing such convenient treatment and 4) It must be the standard medical service for patients who are required to be medically treated according to the injury or illness.
Alternative Treatment	means	Investigation and medical treatment or prevention by Thai Traditional Medicine or Chinese Medicine or others which are not recognize as a modern treatment.
Thai Traditional Medicine	means	Practices regarding diagnosis, tests, healing, treatment or prevention or promotion and rehabilitation of human or animal health, midwifery, Thai massage including Thai traditional medicine preparation, supplies and medical instruments developed by and through information handed down or through textbooks.
Admission/Hospitalization	means	Being admitted in hospital or medical centre as a patient once, twice or more because of a disease or complication. Each admission is apart for 90 days from the last treatment, not exceeding 14 days for Out-Patient and that is counted to be the same treatment.
Emergency Medical Treatment	means	The medical treatment according to universal medical standards to cure an unexpected and sudden injury or illness. The Emergency Medical Treatment is normally done immediately to the patient after he/she suffers from an injury or illness. Physician's diagnosis indicates if the patient does not get medically treated he/she may have a disability or suffer loss the life.
Anesthetist	means	The person(s) who holds a Graduate Degree in Anesthetics and has obtained the registration from the Medical Council of Thailand and is permitted to perform the medical service or surgery in the district he/she is registered.
Congenital Condition, Birth defect	means	A physical or mental abnormality existing at the time of birth.
Pre-Existing Condition(s)	means	Any disease illness or injury or symptoms (and complications) for which the covered person was treated or knew about which is not completely cured before the commencement date of the policy.
AIDS	means	Acquired Immune Deficiency Syndrome caused by the Infection of HIV. It includes Malignant Neoplasm and any contagion or illness which shows by blood test of the HIV result. This extends to not only infection of opportunistic Microorganisms but also Pneumocystis Carinii Pneumonia, Organism or Chronic Enteritis, Virus, Disseminated Fungi Infection, not only Malignant Neoplasm but also Kaposi's Sarcoma, Central Nervous System Lymphoma and/or other diseases relating to AIDS and such conditions can cause sudden death, critical illness, disability, AIDS, HIV, Encephalopathy, Dementia and Viral contagions.



Normal and Customary Expenses	means	The medical expenses and or normal and customary costs which are equivalent to medical service fees the Insured is being charged when receiving treatment at a hospital, medical centre or clinic.
Deductible	means	A fixed amount of the eligible expenses the Insured is required to pay before reimbursement of the Policy Plan begins.
Co-payment	means	Payment between The Company and the Insured for medical expenses according to insurance policy amount and/or deductible (If applicable)
Terrorism	means	Any act involving violence, aggression and/or threat by person(s) or group. The act can be solely performed by himself/herself or on behalf of someone including any organization or government. It is aimed for some political, religious or doctrine's resulting in similar purposes. The actions mentioned above disturb national security and government, the public or people are threatened by them.
Policy Year	means	The duration of 1 (one) year from the policy commencement date or at the end of each policy year.

Category 2 General Terms and Conditions

1. Insurance Agreement

This insurance agreement issued by The Company relies on the declaration of the Covered Person in the insurance application, health certificate or additional declarations (if any) that the Covered Person has signed as a precondition of the insurance agreement. Therefore the insurance policy was issued by The Company.

In the event that the Insured knowingly makes false statements or fails to disclose true statements without informing The Company in advance and The Company is aware of such information, The Company has the right to increase premium or void the policy according to Clause 865 of Civil and Commercial Code.

The Company will be responsible for the reimbursement if any reimbursement approval consideration is depending on different details which are not stated in the documents mentioned in first the paragraph.

2. Passiveness or Disagreement with an Incompletion of the Insurance Agreement

The Company will not deny liability based on an incomplete application to this insurance agreement after it has been effective for a period exceeding more than 2 years unless the premium payment is overdue.

If The Company receives notification to deny the agreement but The Company does not use that right of denial within one (1) month according to the Insurance Agreement then The Company will not be able to revoke the incompletion of the policy.

3. Amendment of the Insurance Policy

The Amendment of the Insurance Policy will be valid when The Company accepts such agreement 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 representative.

4. Premium Payment and Commencement of the Insurance Coverage

4.1 The Insured can pay the premium by either option described as follows:

- a) Monthly payment
- b) Annually payment

4.2 For the first due date of the premium payment, the Insured must pay immediately by the agreed due date. The covering period of insurance then begins according to the Policy's Schedule

4.3 Due dates of the premium payment and:

- a) If the Insured prefers to choose a premium payment plan on a monthly, every 3rd or 6th month period, he/she must make the payment to renew the insurance policy on the specified due date of such month, or
- b) If the Insured prefers to choose the premium payment plan on an annual period he/she must make the payment to renew the insurance policy on the expiry date of the policy.

4.4 For subsequent renewal years of premium payments, the Insured must pay within 30 days before the Policy expiry date of its current year according to the Policy's Schedule and after The Company receives the premium payment the policy is renewed for another year.

4.5 If the Insured fails to pay the premium on the subsequent renewal year within 30 days after the due date of the premium payment, the current policy will be invalid on its last day as specified in the policy's schedule.

4.6 If the Insured lodges a claim during the delay period [30 days] after the due date of the premium payment and the Insured has not yet paid the premium on such due date, The Company is entitled to deduct the amount which is the premium owed to The Company out of the insurance benefit payment to the Insured. If there are unpaid premiums left, they will be consolidated by the condition clause - 4.5.

5. Incorrectness of Age or Gender Details

If the information of the Insured's age and gender is incorrect this could result in:

5.1 The Company may receive less premium which does not match with the actual reimbursement value specified in the schedule according to a different age and gender. The Company reserves the right not to reimburse but will give back the Insured's premium he/she has paid.

5.2 The Company may receive more premium from the Insured, however The Company will give back to the Insured the premium he/she has overpaid. However, The Company will not use this circumstance to readjust the premium rate in the previous year.

6. Insurance Renewal

6.1 This Insurance Policy can be renewed until the Insured's age is not exceeding 90 years old, no supportive evidence is required at this point.

The Company agrees to renew the Policy for the Insured but reserves the right to;

6.1.1 Adjust the premium rate to an applicable risk in accordance with the Insured's age-bracket,

6.1.2 Amend some insurance conditions in that particular year of renewal if it is required.

6.2 The Company may decline the Insured's renewal application in writing at least 30 days before the Policy's expiry date according to the Policy's Schedule. The Company will provide the Insured the reasons for the Policy not being renewed.

6.3 The company must notify the Insured Person or Covered Person in case of changes to, additions, or extended conditions, exclusions, endorsement, etc. that is the significant part of the policy (must identify the reasons for the refusal to renew the new policy).

7. Adjustment of Premium Rate

The Company reserves the right to adjust the Insured's premium rate in the renewal year according to the age-bracket and risk level. This adjustment will be considered by The Company's underwriting department and sent to the Insured in a formal renewal offer in writing.

8. Alteration/Changing of Insurance Agreement during the policy year or at the ending of the policy year

Should the occupation change or benefits of any covered person under this insurance condition be increased during the policy year or at renewal, up until the 1st day of the next policy year after The Company receives notification of the Insured's changed occupation or covering amount. This is subject to;

8.1 If the Insured suffers from an injury or illness before the coverage is increased the Insured will receive the reimbursement for medical expenses or treatment due to the injury and illness with the maximum applicable amount before the adjustment is made.

8.2 In the case of injury and illness, if the Insured has received the reimbursement which was the original coverage including the pre-condition before its adjustment from The Company, the Insured will only receive the maximum applicable reimbursement according to the original coverage before the adjustment. The Insured must provide The Company the evidence of the changing circumstances in formal writing and The Company officially acknowledges and agrees to continue to insure.

9. Termination of the Insurance Policy

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

9.1.1 The expiry date stated in the Policy's Schedule and the Insured does not renew the policy.

9.1.2 The expiry date stated in the Policy's Schedule and the Insured is turning 90 years old.

9.1.3 The Insured failed to pay the premium according to the general conditions and definitions - Item 4.

9.1.4 The Insured is deceased.

9.1.5 The Insured is kept in prison, on home detention or sentenced to stay at one specific location. If the policy's termination is caused by the condition item - 9.1.4 or 9.1.5 The Company will refund the premium to the Insured or the beneficiary person(s). Such amount of benefit payment will be deducted according to the amount previously paid to the Insured whilst the policy is effective.

9.2 Each insurance coverage category under this policy will be terminated once the Insured receives the maximum payable insurance benefit subject to such category. The policy is continuously binding until the end of its expiry date only according to the remaining insurance coverage of any other category which has not yet been lodged and paid.

9.3 This Insurance Policy will expire at 16.30 pm according to Thai time.

10. Reinstatement

If the Insurance Policy is cancelled because the Insured failed to pay the premium when the renewal day was due, the reinstatement of such Insurance Policy can be made within 90 days from the renewal date with The Company's agreement. The General Condition Item 21 (Pre-existing Condition) and Item 22 (Waiting Period) will be excluded.

The coverage of any injury will be immediately effective on the day of the reinstatement activation and 10 days after for any illness's coverage.

11. Physician Assessments

The Company reserves the right to request from the Insured his or her medical treatment history and diagnosis whilst The Company considers the claim. This extends to an autopsy if it is required in the case of death and is not in conflict with the law, this will be at The Company's cost.

If the Insured declines to co-operate with the fore mentioned procedure, The Company may refuse to reimburse the Insured the insurance payment.

12. Notification and Lodging the Claim

Either the Insured or the representative must inform The Company about any injury or illness as soon as possible.

Especially in the case of death, the Insured/Beneficiary/Representative must notify The Company at once unless an explainable delay occurred.

However, such authorized person is required to try the best to give The Company the notification as soon as he/she can.

In case the Insured obtains the medical treatment outside the Kingdom of Thailand and it is to be understood that such treatment must be always agreed by The Company or the representative of the emergency service.

13. Claim Procedure

13.1 Medical Expenses for Injury or Illness The Insured or the Beneficiary or the Representative depending on the incident must send evidence described below at their own cost to The Company;

13.1.1 The claim lodgment application form of The Company,

13.1.2 The physician report specifying the Insured's condition, diagnosis and actual medical expenses,

13.1.3 The original receipts showing the medical expense details, the invoices or dockets,

To make a claim for these medical expenses within 30 days after a Hospital, Medical Centre or Clinic discharge, the Insured must provide The Company with original receipts which list all treatments and prescriptions used. The Company will stamp receipts applicable to this insurance plan before returning them to the Insured. The Insured then may use the rest of the receipts which are not covered by The Company to lodge claims with other insurer's the insured might have. If the Insured receives some coverage from public welfare or any other providers the Insured may present The Company with the stamped receipts from them to lodge a claim.

13.2 Loss of Life or permanent disability or dismemberment from accident. To lodge a claim for this Insurance Policy, the Beneficiary must send evidence described below at their own cost to The Company within 30 days after the day the death occurred;

13.2.1 The claim lodgment application of The Company,

13.2.2 Death Certificate (in case of deceased),

13.2.3 A copy of an autopsy report from the Police Officer in Charge of the case or the organization issuing the report (in case of deceased),

13.2.4 A copy of the Daily Police Report according to the case from the Police Officer in Charge,

13.2.5 A copy of the Insured's Identification Card and House Registration with wording 'Death' affixed thereto (in case of deceased),

13.2.6 A copy of the Beneficiary's Identification Card and House Registration (in case of deceased),

13.2.7 Physician report stated the permanent disability or dismemberment and photograph (if applicable),

13.2.8 Other necessary documentation that The Company may asking for.

13.3 Medical Expenses while travelling overseas

To lodge a claim for this Insurance Policy, the Insured must send evidence described below at their own cost to The Company within 30 days after the day the travelling period ends;

13.3.1 The claim lodgment application of The Company,

13.3.2 A copy of the Insured's passport or travel document,

13.3.3 A copy of the Daily Police Report according to the case from the Police Officer in Charge.

13.3.4 The original receipts showing the medical expense details, invoices or dockets.

14. Reimbursement/Insurance Payment

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

However, If there are some suspicious circumstances whilst the claim is being examined, the agreed due date for the payment may be extended but not more than 90 days from the day The Company received the evidence.

If The Company is not able to pay the Insured within the timeframe mentioned above it 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 case the Insurance Policy expires because of the Insured's death or any others matters the Insured's spouse or dependent children can be the owner of the Policy within 90 days after the Policy expires by such incident.

16. Insurance for the Insured’s Dependents (Conversion)

In case of divorce, if the Insured’s ex-spouse wishes to be continuously insured he/she is eligible under this policy to convert to own policy continuation. In case of the Insured’s dependent children exceeding 20 years of age or marrying, such Insured’s dependents wish to be continuously insured, The Company can approve such request under the previous policy. The Company reserves the right not to include General Condition Item 2 (Non-objection to Incompletion of the Policy Contract), the General Condition Item 19 (Pre-existing Conditions) and the General Condition Item 20 (Waiting Period) this is subject to:

- 16.1 Lodging the request within 90 days after their qualification becomes eligible.
- 16.2 The Sum Insured is not exceeding the amount stated in the original Policy.

17. Cancellation of the Insurance

17.1 The Insured may cancel this Policy by providing The Company with a formal written request. The Insured is entitled to receive back the premium which will be deducted according to the Policy’s covering period. Refer to the schedule below.

Schedule of Short Term Premium Rate	
Insured Period	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

17.2 The Company may cancel this Policy in writing and posting its written notice by registered mail to the Insured’s last updated address in advance no less than 30 days. The Company will compensate the premium to the Insured. Such amount of payment will be deducted according to the Policy’s covering period. If the Insured lodges a claim with intended fraud or abusing this Insurance Policy for either him/herself or others who receive benefit from such act and The Company obtains proof of the fraud The Company shall not make any reimbursement to the Insured.

To cancel the Insurance Policy by either party (the Insured or The Company) must be done to the whole Policy. To cancel only some parts of the Policy must not be granted. The Company reserves the right not to reimburse the premium to the Insured where the values of the claims incurred and paid by The Company exceed the premium the Insured has paid.

18. Resolution of a Dispute by an Arbitrator

If any disputes, disagreements or complaints under this Policy between the Insured and The Company arise and the authorized person wishes to resolve the issues by Arbitrators, The Company will cooperate with them according to the Insurance Regulation of the arbitrating authority of Office of Insurance Commission (OIC).

19. Pre-Existing Condition(s)

The Company reserves the right not to reimburse the Insured for any on-going injury or illness including their complications (called a "Pre-Existing Condition") which is ongoing and not cleared of that condition before the Policy is put in place unless:

- 19.1 The Insured has declared his or her pre-existing condition and The Company has agreed to accept that risk without any objection/exclusion to that particular Policy.
- 19.2 The Insurance Policy has been binding for more than 3 years and any Pre-Existing Condition of injury or illness were not treated or diagnosed within 5 years before the Policy got approved and bound the first time.

20. Waiting Period

20.1 The Company reserves the right not to reimburse the Insured for any illness expenses occurring within 30 days after the Policy is approved and binding the first time according to its Schedule.

20.2 The Company reserves the right not to reimburse the Insured for the following conditions occurring within 120 days after the Policy is approved and bound the first time;

- 20.2.1 Tumors, cysts or all types of cancer
- 20.2.2 Hemorrhoids
- 20.2.3 All types of Hernia
- 20.2.4 Cataracts or Pterygium
- 20.2.5 Tonsillectomy or adenoidectomy
- 20.2.6 All types of Calculus
- 20.2.7 Varicose Veins
- 20.2.8 Endometriosis

21. Medical Care Outside of Thailand

In the case of the Insured receiving medical treatment outside of Thailand according to the Policy Agreement The Company will pay a benefit to the Insured for the reasonable expenses in accordance with reasonable treatment and medical standards. The amount of this coverage will be reimbursed for the actual expenses the Insured paid but not exceeding the amount specified in the Policy Schedule after the deductible is applied (if applicable). **Please note :** The currency exchange will be converted according to the date stated in the medical receipts.

22. Insurance Coverage for Free Newborn Child

In case the Insured and his/her spouse has a new born child whilst he/she has put this Insurance Policy in place for more than 280 days the child will be automatically covered under the same scheme without additional premiums required but the Insured must provide a completed application form and the child's birth certificate. The insurance coverage for the child will start after he/she is 15 days old and not hospitalized. The child will be covered until the remainder of the policy according to the policy's schedule.

If the Insured's insurance coverage and his/her spouse's are different, the child will be covered under the lower amount excluding the medical treatments outside the hospital, loss of life, dismemberment, loss of sight or total and permanent disability [P.A.1] and other exclusions specified in the Category 3 - General Condition. However, the new born child coverage will only be effective after The Company approves the application and issues an endorsement attached to this policy's schedule.

If the Insured and his/her spouse prefer their new born child to be continuously covered under the same policy, they must renew the policy on its expiry date with the normal premium rate specified by The Company according to the policy's schedule.

23. Prior Condition

The Company is not liable for any reimbursement under the insurance policy unless the Covered Person, beneficiary or their representative has complied with all the terms and conditions of the insurance agreement.

24. Currency

The currency of the premium and any coverage amounts (benefits) will be in Thai Baht only.

Category 3 General Exclusions

The insurance policy shall not offer insurance coverage for the Insured's medical expenses or any loss caused by any injury or illness (including the complications thereof) and conditions stated as follows:

1. The Insured suffers from Chronic Diseases, Pre-existing Injuries or illnesses (including complications caused by Pre-existing Injuries or Illnesses) or proof by a physician indicating that the Insured suffers from Congenital Conditions, Growth Problems, Genetic Diseases, Hernia in a child younger than 10 years old, Circumcision, Scoliosis, Deviate Nasal Septum and such conditions are not cleared before the Policy is approved and binding.
2. Plastic, Elective or Reconstructive Surgery. This includes treatments for skin, blemishes, aging spots, freckles, dandruff, hair loss, weight control or elective surgery to improve physical appearance. If the Insured suffers from an accident which is covered in the Policy Schedule The Company will pay for reconstructive surgery due to the scar/wound that results from the accident (Except Penis/Vagina or Breasts).
3. Pregnancy, miscarriage, abortion, Child Delivery, Secondary diseases (complications) from pregnancy, Infertility (includes Infertility Investigation and treatment) Vasectomy or Contraception.
4. AIDS, Venereal Diseases or Sexually Transmitted Diseases, Sexual Intercourse related condition.
5. Treatment or Prevention Process using drugs/chemical substances for anti-aging or hormone imbalance in mature women who are close to menopause and/or who already are. This extends to investigation for deterioration of sexual activity (loss of libido) in both men and women, and any condition relating to sex and gender reassignment surgery (sex change operation). This includes the expenses for Vitamins, Nutritious Minerals or Elements, Supplement tablets/powder, milk products or drugs which are not registered and permitted by the relevant authorized organization. This extends to any medication not prescribed or registered at Food and Drug Organization in the country the Insured obtains the treatments or any special medication prescribed by a hospital or medical centre with no ingredients explained on its label.
6. Any general health check up, request to be hospitalized in a hospital or a medical centre, request for an operation, obtaining recovery, diagnosis for any irrelevant purpose of any treatment in a hospital or a medical centre and diagnosis of any injury or illness. All of the above mentioned details are not reasonable treatments or of an accepted medical standard. This extends to tests for Allergies, Vitamins or Minerals intolerance.
7. Sight examination, Lasik Treatment (Eye Laser Surgery), Expenses for facilities/equipment to support vision and/or any medical procedure for any condition of the eyes. This extends to the operation for cross-eyed or squint-eyed conditions.
8. Dental treatment or operation relating to teeth and gums, dentures, dental crowns, root canal treatment, tooth filling, orthodontics/braces, tooth hygiene, tooth removal, implant dentistry. This excludes the treatment the Insured receives resulting from an accident but not including expenses for dentures, dental crowns and implant dentistry.
9. Rehabilitation for narcotic drugs, cigarettes, alcohol or substance effecting the nerves/brain, treatment of psychological problems, psychiatry, dysfunctional behaviours, Autism, Dietary Disorders or anxiety.
10. Diagnosis, Medical Investigation, Treatment, Symptom or Diseases related to mentality including Physiological Conditions, Stress, Insanity, Behavioural or Characteristic Disorders. This extends to Concentration Problems, Autism, Depression, Eating Disorders or Anxiety.
11. Any trial treatment, examination or treatment for Obstructive Sleep Apnea, sleeping disorders or snoring.
12. Inoculations and Vaccinations. This excludes the vaccination for Rabies after the Insured is attacked by an animal and vaccination for Tetanus after the Insured suffers an injury.
13. Treatment by a non-medical physician or alternative medicine.
14. Any medical expenses that the Insured who is a physician him/herself organizes for his/herself, the parents, spouse or dependent children.
15. Suicide, attempting to commit suicide, self-inflicted injuries, attempting to cause injuries to him/herself or arranging for any third party to undertake such an act whether the Insured is insane or not including any accident occurring while he/she is intoxicated, consumes narcotic drugs or from injection of addictive substances and overdosing on any physician's prescribed medication.
16. Any injury occurring whilst the Insured is under the influence of alcohol, narcotic drugs or intoxicating substances and as a result the Insured loses the senses to behave normally. "Being under the influence of alcohol" means there is more than 150 milligrams of alcohol per milliliter of blood.
17. Any injury the Insured suffers that involved fighting or is being part of or provokes a fight and there is proof indicating the Insured participated in such activities mentioned.
18. The Insured commits a crime or gets arrested or avoids a charge.
19. The Insured participates in animal hunting (game hunting), car, boat or horse racing, all Skiing for recreation or competition including Jet Skiing, Skating, Boxing, and Parachuting (unless to save the Insured's life), While getting in, getting out or taxiing in Balloons or Gliders. This extends to Bungee Jumping, Mountain Climbing with or without Mountain Climbing equipment and Diving using Oxygen Cylinders and Breathing Apparatus. This extends to driving a car or motorcycle without a driver's license.
20. The Insured is travelling in an aircraft not operated by a commercial airline which is taxiing, taking off or landing.

21. The Insured is driving and/or performing the duty at any airport.
22. The Insured performs duty as a soldier, police or volunteer in wars or suppressing civil unrest.
23. War (whether it is announced or not), invasion or execution by foreign enemy, Civil War, Revolution, Rebellions, Demonstrations against the government, Riot, Strike, Calamity or any critical political unrest having to announce martial law to control the situation.
24. Terrorism
25. Nuclear Weapons, Radiation, Radioactivity from Nuclear-Fuel or Nuclear Waste or Nuclear Radiation caused by combustion of fuel and Nuclear Fission which self-ignites.
26. Explosion by Radioactivity, Nuclear material or dangerous objects used in a Nuclear Explosion.



Category 4 Coverage Agreement

While the Insurance Policy is binding under the General Conditions, the Principles, the Exclusions, the Insurance Agreements and the Endorsement and the Insured suffers from any injury or illness The Company will pay a benefit for the medical expenses in accordance with the reasonable treatments and accepted medical standards. Such amount of benefit payment will be deducted according to the Policy's covering period (if applicable) and not exceeding the maximum payable amount stated in the Policy Schedule. This is subject to:

Coverage Agreement

Hospitalization or Medical Center (In-Patient)

If the Insured suffers from any accident or illness and has to be admitted to a hospital or medical center longer than 6 hours consecutively The Company will pay the benefit for the Insured as In-Patient based on reasonable medical expenses and the accepted medical standard as follows;

1. Room and Board (Food and general nursing service expenses)

1.1 An ordinary room and board

The Company will pay the benefit for rooms and daily meals, enteral nutrition, nursing services and medical expenses in a hospital or medical center for the actual amount, the maximum amount payable per day or the maximum amount payable is stated in the Policy Schedule depending on whichever is less.

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

In the case of the Insured receiving any treatment in the Intensive Care Unit (I.C.U.), Coronary Care Unit (C.C.U) The Company will pay the benefit for room and daily meals, enteral nutrition, nursing services and medical expenses in a hospital or medical center by the actual amount or the maximum amount payable as stated in the Policy Schedule depending on whichever is the lesser.

2. Hospital Expenses

- 2.1 Medication and Liquid Nutrition via blood stream.
- 2.2 Blood and Components thereof (Blood Products). Expenses related to Blood, Blood Products, Blood Separation and the preparation and analysis for Blood and Blood Products Transfusion.
- 2.3 Ambulance Services for Medical Reasons - Maximum payable is stated in the Policy Schedule per each injury or illness.
- 2.4 Expenses for Examination Unit, Pathology, Radiology, any specialized diagnosis and Physician's Report.
- 2.5 Medical Equipment;
 - 2.5.1 Medical Facilities and Equipment medically used outside of the Operating Theater.
 - 2.5.2 Medical Supplies (Medical Supplies 1),
 - 2.5.3 Materials or Equipment attached to the patient (Medical Supplies 3) except Defibrillator Automated External or Pacemaker.
- 2.6 Physiotherapy, any activities for therapy, Rehabilitation Physician/Physiatrist, Physiotherapist, essential facilities and equipment related to any reasonable treatments. The therapies mentioned above must be related to the injury and/or illness which are covered in the Insurance Policy.
- 2.7 Operating Theater and Its equipment Expenses for Operating Theatre and Its equipment, the facilities for anaesthesia and medical staff assisting the theatre anaesthetists
- 2.8 Anesthetists and Anaesthetic Nurse expenses for any medical service such as Physicians and nurses performing anaesthesia
- 2.9 Pre-Surgical Consultation fees (in case the actual operation is not performed), Expenses for the Surgical Consultation the Insured has paid per the maximum payable amount stated in the Policy Schedule.
- 2.10 Take-Home Medication Expenses for medication according to reasonable treatment costs not exceeding 14 days from the day of discharge from the hospital or medical center and not exceeding the maximum limit per day of Room and Board benefits as stated in the Policy Schedule.
- 2.11 Emergency Medical Expenses Any emergency care occurring within 24 hours after the accident plus the ongoing/consecutive treatment within 15 days from the first day of any injury or illness according to the amount the Insured has paid will not exceed the maximum amount payable as stated in the Policy Schedule.
- 2.12 Expenses for medical care after discharge from hospital or medical center;
 - 2.12.1 Medical Expenses for Out-Patient. Any ongoing / consecutive treatments for 30 days for Standard, Standard Plus, Standard Extra and Premier Plan and 90 days for Premier Plus, Maxima, Maxima Plus, Ultima and Ultima Plus Plan after discharge from a hospital or medical center according to the balance amount for such injury or illness including other treatments or general services or the actual amount paid by the Insured depending on which amount is lower

2.12.2 In-Patient's ongoing/consecutive physiotherapy. Expenses for physiotherapy, activity therapy after discharge from the hospital or medical center as an Out-Patient, any physiotherapy performed within 30 days after discharge from the hospital or medical center which are Rehabilitation Physician/Physiatrist, Activity therapist, facilities and equipment in accordance with the medical standards.

Please note: The treatments mentioned above must be related to the injury and illness which are covered in the Insurance Policy. The Company will pay a benefit only for the medical expenses the Insured incurred receiving treatment from such specified hospital or medical center (not others).

2.13 Home-Nursing Services

The Company will pay the Insured the Insurance Benefit for nursing service at home. The service must be by way of the Physician's prescription/order. The Insurance Payment will be paid according to the actual amount the Insured has prepaid not exceeding 30 consecutive days per injury or illness after discharge from the hospital or medical center.

2.14 Expenses for Medical Procedures (Non-admission/Out-Patient);

- 2.14.1 ESWL: Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy.
- 2.14.2 Coronary Angiogram / Cardiac Catheterization.
- 2.14.3 Extra Capsular Cataract Extraction with Intra Ocular Lens and Pterygium.
- 2.14.4 Laparoscopic of all kinds.
- 2.14.5 Endoscopy of all kinds.
- 2.14.6 Sinus Operations.
- 2.14.7 Injection or Rubber Band Ligation.
- 2.14.8 Excision Breast Mass.
- 2.14.9 Bone Biopsy.
- 2.14.10 Tissue Biopsy.
- 2.14.11 Finger or Toe Amputation.
- 2.14.12 Manual Reduction.
- 2.14.13 Liver Puncture/Liver Aspiration.
- 2.14.14 Bone Marrow Aspiration.
- 2.14.15 Lumbar Puncture.
- 2.14.16 Thoracentesis/Pleuracentesis/Thoracic Aspiration/Thoracic Paracentesis
- 2.14.17 Abdominal Paracentesis/Abdominal Tapping
- 2.14.18 Curettage, Dilation & Curettage, Fractional Curettage.
- 2.14.19 Calposcope, Loop diathermy.
- 2.14.20 Bartholin's Cyst (Marsupialization of Bartholin's Cyst).
- 2.14.21 Treatment with Gamma knife

If there is any operation required, the Surgeon's Fees must be paid according to the relevant rates in the Policy's Schedule.

2.15. Physiology/Mental Disorder for In-Patient

The Company will pay the Insured the Insurance Benefit according to the actual amount paid per injury/illness or the life-time amount payable specified in the Policy Schedule depending which amount is lower.

3. Specific Conditions

3.1 The expenses for Medulla Implant (Bone Marrow), Organ Transplant and Dialysis will be paid according to the actual amount the Insured pre-paid not exceeding the maximum amount payable as stated in the Policy Schedule per each illness/injury.

3.2 The total amount of the Insurance Payment for Category 1 to 4 must not exceed the maximum benefit as specified in the Policy Schedule.

4. Exclusions

The Company reserves the right not to pay any benefit as follows:

- 4.1 Medication, any treatments or diagnosis which is not related to the condition stated in the Physician's report.
- 4.2 Vitamins, minerals, dairy or supplement products.
- 4.3 Defibrillator, Automated External or Pacemaker.
- 4.4 Orthotics, Prosthesis, medical equipment, medical supplies: hearing-aid, Optical Lenses, Oxygen Mask, Oxygen equipment, Vital sign monitor, Orthotics and prosthetics (O&P) Equipment, Wheelchairs and Prosthetic Parts such as limbs and (artificial) eye.
- 4.5 Private Nursing Service.
- 4.6 Any dysfunctional condition not stated by Pathologic Proof, including Constipation, Digestion Disorder, Flatulence or Loss of Appetite.

Coverage Agreement
Expenses for Surgical Care

The Company will pay the benefit for the Insured based on reasonable medical expenses and the accepted medical standard as follows:

1. Surgeon Fees and Medical Procedure

The Company will be responsible to pay for the fees of surgeon, physician in charge inclusive of the nurse in charge or the medical procedures stated as follows:

- 1.1 Any one operation or medical procedure according to the normal and customary cost or the amount which stated in the surgical schedule whichever is The lesser.
- 1.2 All operations or medical procedures for more than one organ but the same injury or illness, The Company will pay for the one which is the maximum amount payable.
- 1.3 Any operation or medical procedure for any injury or illness according to the maximum amount payable stated in the Policy Schedule.

2. Specialist Consultation Fees (in connection with an operation)

The Company will be responsible for Surgeon's consultation fees, the medical procedure, and/or the specialist in charge stated as follows:

- 2.1 Any specialist's consultation fees according to normal and customary charges or the specified amount in the policy schedule whichever is The lesser.
- 2.2 Any specialist's consultation fees plus the surgeon fees according to the normal and customary charge or specified amount in the policy schedule whichever is the lesser.

3. Specific Conditions

- 3.1 The expenses for Bone Marrow, Organ Transplant and Kidney Dialysis will be covered according to the normal and customary charge. The maximum payable is stated in the Policy Schedule per each illness/injury.
- 3.2 The total amount of the Insurance Payment for Category 1 to 4 must not exceed the maximum benefit per disability specified in the Policy Schedule.

4. Exclusions

The Company reserves the right not to pay any benefit as follows:

- 4.1 Medication, any treatments or diagnosis which is not related to the condition stated in the Physician's Report.
- 4.2 Vitamins, minerals, dairy or supplement products.
- 4.3 Defibrillator Automated External or Pacemaker.
- 4.4 Orthotics, Prosthesis, medical equipment, medical supplies: hearing-aid, Optical Lenses, Oxygen Mask, Oxygen equipment, Vital sign monitor, Orthotics and prosthetics (O&P) Equipment, Wheelchairs and Prosthetic Parts such as limbs and (artificial) eye.
- 4.5 Private Nursing Service.
- 4.6 Any dysfunctional condition not stated by Pathologic Proof, including Constipation, Digestion Disorder, Flatulence or Loss of Appetite.
- 4.7 Any operation which is not recommended by the attending physician or the surgeon.
- 4.8 Any operation which related to the investigation and treatment of a new born baby, miscarriage, abortion, child delivery, secondary disease or ectopic pregnancy

Coverage Agreement

Insurance Coverage for Physician's Care

The Company will pay the Insurance Benefit for Physician's care as follows:

Daily Physician's Care expenses in the period that the Insured is admitted in a hospital or medical center (as an In-Patient). The Company will pay the Insurance Benefit for the actual expenses but not exceeding the maximum payable stated on the Policy Schedule or whichever is The lesser.

1. Specific Conditions

- 1.1 The expenses for Bone Marrow, Organ Transplant and Kidney Dialysis will be covered according to the normal and customary charge. The maximum payable is stated in the Policy Schedule for each illness/injury.
- 1.2 The total amount of the Insurance Payment for Category 1 to 4 must not exceed the maximum amount payable specified in the Policy Schedule.

2. Exclusions

The Company reserves the right not to pay any benefit as follows:

- 2.1 Medication, any treatments or diagnosis which is not related to the condition stated in the Physician's Report.
- 2.2 Vitamins, minerals, dietary or supplement products.
- 2.3 Defibrillator Automated External or Pacemaker.
- 2.4 Orthotics, Prosthesis, medical equipment, medical supplies: hearing-aid, Optical Lenses, Oxygen Mask, Oxygen equipment, Vital sign monitor, Orthotics and prosthetics (O&P) Equipment, Wheelchairs and Prosthetic Parts such as limbs and (artificial) eye.
- 2.5 Private Nursing Service.
- 2.6 Any dysfunctional condition not stated by Pathologic Proof, including Constipation, Digestion Disorders, Flatulence or Loss of Appetite.
- 2.7 Pregnancy, miscarriage, abortion, child delivery, secondary disease, or ectopic pregnancy.

Coverage Agreement

Insurance Coverage for Non-Admission in a Hospital or Medical Center (Out-Patient) (When applicable)

The Company will be responsible to pay the Insured who stays in a hospital or medical center for medical expenses stated as follows:

1. Medical Treatment for Out-Patient

The Company will pay the Out-Patient Benefit for Physician Fees, Physiotherapist, Chiropractor and Acupuncture which referred by the Physician in Charge, Diagnosis in laboratory, X-Ray, Prescribed Medicine, Day case Surgery and Medical Procedure, Surgical Equipment, Anesthetist and/or Nurse assisting Anesthetist, Wound Dressing, Chemotherapy and Radiation for the actual amount of the maximum amount payable is stated in the Policy Schedule depending on whichever is the lesser.

2. Out-Patient Medication

Prescriptive medicines for Out-Patient must be based on Physician's prescription and the amount of medicines given must not exceed 30 days from the day the Insured obtains treatment.

3. Specific Conditions

- 3.1 The expenses for Bone Marrow, Organ Transplant and Kidney Dialysis will be covered according to the normal and customary charge. The maximum payable is stated in the Policy Schedule for each illness/injury.
- 3.2 The total amount of the Insurance Payment for Category 1 to 4 must not exceed the maximum benefit as specified in the Policy Schedule.

4. Exclusions

The Company reserves the right not to pay any benefit as follows:

- 4.1 Medication, any treatments or diagnosis which is not related to the condition stated in the Physician's Report.
- 4.2 Vitamins, minerals, dietary or supplement products.
- 4.3 Defibrillator Automated External or Pacemaker.
- 4.4 Orthotics, Prosthesis, medical equipment, medical supplies: hearing-aid, Optical Lenses, Oxygen Mask, Oxygen equipment, Vital sign monitor, Orthotics and prosthetics (O&P) Equipment, Wheelchairs and Prosthetic Parts such as limbs and (artificial) eye.
- 4.5 Private Nursing Service.
- 4.6 Any dysfunctional condition not stated by Pathologic Proof, including Constipation, Digestion Disorders, Flatulence or Loss of Appetite.

**Coverage Agreement for Loss of Life, Loss of Organs, Loss of Sight or
Total Permanent Disability (P.A.1)**

Dismemberment is caused by a physical condition where some organ(s) of the Insured is amputated e.g. any part from the wrist or ankle is amputated including the loss of function of the organs: officially confirmed by a Medical Physician that the Insured permanently loses the ability to use such organs and will not be able to use them ever again.

Loss of Sight is a physical condition where the Insured is completely and permanently blind and cannot be cured.

Total Permanent Disability is critical/serious condition preventing the Insured to perform their full-time occupation or other jobs permanently.

Insurance Coverage

If the result of the Insured's injury causing him/her Loss of Life, Loss of Organs, Loss of Sight or Total Permanent Disability within 180 days from the day the incident occurred or the Insured is admitted for a certain period of time in a hospital as a patient and consequently deceased, The Company will reimburse:

1	100% of Sum Insured	for Loss of Life
2	100% of Sum Insured	for Total Permanent Disability which is continuing on for more than 12 months from the day the incident occurred or there is medical evidence stating the Insured being in such condition
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 only reimburse one item to the maximum amount payable.

Any benefit payments in total must not exceed the maximum amount payable according to the Policy Schedule. If The Company has not yet paid the Insured for the full amount, The Company reserves the right only to pay the remaining balance of this benefit until the end of the Insurance Period.

Claim lodgment in case of Loss of Life

To lodge a claim for this Insurance Policy, the Beneficiary must send evidence described below at their own cost to The Company within 30 days after the Date the death occurred:

1. The claim form of The Company
2. Death Certificate (in case of death).
3. A copy of an autopsy report from the Police Officer in Charge of the case or the organization issuing the report (in case of death).
4. A copy of the Daily Police Report according to the case from the Police Officer in Charge.
5. A copy of the Insured's Identification Card and House Registration with wording 'Death' affixed thereto.
6. A copy of the Beneficiary's Identification Card and House Registration (in case of death).

Claim lodgment in case of permanent disability or dismemberment

To lodge a claim for this Insurance Policy, the Beneficiary must send evidence described below at their own cost to The Company within 30 days after the day that the Physician determined the permanent disability or dismemberment.

1. The claim form of The Company.
2. Physician Report stating the permanent disability or dismemberment and the associated photographs (if applicable).

Failure to notify within the specified time will not deprive the Covered Person the right to claim if there is sufficient supporting evidence.

Exclusions

This Insurance Policy reserves the right not to pay for;

1. Any loss or damage in the following circumstances;

- 1.1 Any injury occurring whilst the Insured is under the influence of alcohol, narcotic drugs or intoxicating substances and as a result the Insured loses the senses to behave normally "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, self-inflicted injuries, attempting to cause injuries to him/herself.
- 1.3 Being infected by diseases, parasites, unless being infected by diseases or Tetanus or Rabies caused by injury from an accident.
- 1.4 Any Elective Medical Treatments or Surgery unless they are part of the injury which is covered under this Insurance Policy and its Insurance Period.
- 1.5 Miscarriage or abortion.
- 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 To change or create dentures, crowning or prosthodontics.
- 1.8 Food poisoning.
- 1.9 Back pain caused by Herniated disc, Spondylolisthesis, Degeneration or Spondylosis, Spondylitis and Spondylosis unless Fracture or Dislocation of spine caused by accident.
- 1.10 War (whether it is announced or not), invasion or execution by foreign enemy, Civil War, Revolution, Rebellions, Demonstrations against the government, Riot, Strike, Calamity or any critical political unrest having to announce martial law to control the situation.
- 1.11 Terrorism.
- 1.12 Nuclear Weapons, Radiation, Radioactivity from Nuclear-Fuel or Nuclear Waste or Nuclear Radiation caused by combustion of fuel and Nuclear Fission which self-ignites.
- 1.13 Explosion by Radioactivity, Nuclear material or dangerous objects used in a Nuclear Explosion.

2. Any loss or damage in the following circumstances (unless extended the coverage by endorsement)

- 2.1 While the Insured participates in car, boat or horse racing, all Skiing for recreation or competition, including Jet Skiing, Skating, Boxing and Parachuting (unless to save the Insured's life), While getting in, getting out or taxiing Balloons or Gliders. This extends to Bungee Jumping, Diving using Oxygen Cylinders and Breathing Apparatus.
- 2.2 While riding or being a passenger on motorcycle.
- 2.3 While the Insured is travelling in an aircraft not operated by a commercial airline which is taxiing, taking off or landing.
- 2.4 While the Insured is driving and/or performing the duty at any airports.
- 2.5 While the Insured is engaging in a brawl or fight or taking part in initiating and/or inciting a brawl or fight.
- 2.6 While the Insured is committing a felony or while the covered person is being arrested, under arrest or escaping the arrest.
- 2.7 While the Insured is performing duties as a member of the armed forces or police or as 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 performing duties is started until the end of the war or crime suppression. After that the policy will be in force until the end of the policy year as stated on the Policy Schedule.

Category 5 Endorsement

While the Insurance Policy is binding under the General Conditions, Principles, Exclusions, Insurance Agreements and Endorsements and the Insured suffers from any injury or illness The Company will pay a benefit for the medical expenses in accordance with reasonable treatment and accepted medical standards. Such amount of benefit payment will be deducted according to the Policy's covering period (if applicable) and not exceeding the maximum payable amount stated in the Policy Schedule. This is subject to:



Insurance Endorsement of Additional Plan
Insurance Coverage for Maternity
 (To be attached to Health and Accident Insurance 'Lifestyle Series')

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured's Name:		
Period of Insurance: from	at	hours, to: at 16.30 hours.
Premium	Stamps Duty	Tax Total

As stated on the policy schedule

The Company will pay the Insurance Benefit for the Medical Expenses of Child Delivery occurring in a Hospital or Medical Center, Physician's care or medical treatment for each Child Delivery's. Coverage will be paid after this Insurance Policy is binding longer than 280 days. In case of miscarriage The Company will pay the Insurance Benefit after 90 days. The Insurance Coverage is to pay for:

1. Room and board inclusive of meals and nursing services not exceeding the actual amount paid, maximum amount number of days or the maximum amount payable specified in the Policy Schedule depending on whichever is the lesser.
2. General Medical Expenses include:
 - 2.1 Medical Expenses for Operating Theater, Laboratory tests, Prescribed Medication or Blood Transfusion.
 - 2.2 Medical Expenses for Anesthetics.
 - 2.2.1 Physician's fee for Child Delivery.
 - 2.2.2 Antenatal Care (ANC) or after Child Delivery.
 - 2.2.3 Ambulance Service.
3. Surgical Services related to Child Delivery or Miscarriage involving Physician in Charge or Surgeon.
4. The Insurance Coverage for each Child Delivery will be paid not exceeding:
 - 4.1 The actual amount paid but not exceeding the maximum payable as stated in the Policy Schedule for a normal child delivery
 - 4.2 The actual amount paid but not exceeding of the maximum payable stated in the Policy Schedule for a surgical delivery.
 - 4.3 The actual amount paid but not exceeding of the maximum payable stated in the Policy Schedule for Dilatation and Curettage and the surgical cost in case of ectopic pregnancy

Specific Conditions

1. The Company reserves the right not to pay the Insurance Benefit for the Medical Expenses whilst the Insured is admitted to a Hospital or Medical Center within 280 days after this Insurance Policy/Endorsement is binding.
2. Medical Treatment unrelated to Child birth unless medically necessary to avoid danger to life or health of the mother or child.

Exclusion

This Insurance Benefit does not cover for: Private Nurse.

If any detail in this Insurance Endorsement is in conflict with any statement in this Insurance Policy it is to be agreed that this Insurance Policy has extended to cover for the above additional Benefit Plan.

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

**Insurance Endorsement of Additional Plan
For Dental**

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

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured's Name:		
Period of Insurance: from	at	hours, to: at 16.30 hours.
Premium	Stamp Duty	Tax Total

Additional Benefit: It is agreed that during the above mentioned period of insurance this Insurance Policy to which this rider is attached is extended to cover any lost or damage causing or relating to or occurring within the following circumstances, therefore this is applying only to the insurance agreement which stated the insured benefit amount.

The Company will pay the Insured's Insurance benefit for the cost of dental expenses/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.

This Dental Insurance Policy will cover for;

1. Tooth and oral examination - maximum 2 visits/year.
2. Scaling - maximum 2 visits/year.
3. Topical fluoride - (for insured person age under 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 is limited to 30,000 Baht per policy year, subject to the maximum benefit allowable under the coverage agreement for the Dental Benefit as stated in the policy.

Specified Condition

The completion of The Company's oral and dental examination form inclusive of the tooth X-ray must be done by the Dentist. The prior treated or diseased teeth identified as shown on the examination report and X-ray will be consider as a pre-existing and will not be covered under the policy. However, the expenses of the 1st examination will be covered under the dental coverage of the policy. The original examination report, dental check-up result and X-ray must be submitted to The Company together with the claim lodgment form.

Exclusion

This Insurance Endorsement will not cover for:

1. Request for treatment or surgical dentistry without dentist's recommendation including irrelevant dental treatment.
2. All types of Orthotics and Prosthetics.
3. Any elective treatment for physical appearance e.g. Tooth Whitening (for stained or discoloured tooth), gaps or Diastemas and treatment for a discoloured tooth
4. Treatment for teeth-grinding when sleeping. This extends to the treatment for sleep apnea.
5. All types of Braces (Orthodontics) and/or Occlusal Adjustment.

The Company's responsibility must not exceed the maximum amount payable as stated in this endorsement.

If any detail in this Insurance Endorsement could be in conflict with any statement in this Insurance Policy it is to be agreed that this Insurance Policy has been extended to cover for the above additional Benefit Plan.

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



**Insurance Endorsement of Additional Benefit Plan
For Ophthalmology (Vision)**

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

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured's Name:		
Period of Insurance: from	at	hours, to: at 16.30 hours.
Premium	Stamps Duty	Tax Total

As stated on the policy schedule

Additional Benefit: It is agreed that during the above mentioned period of insurance this Insurance Policy to which this rider is attached is extended to cover for any lost or damage which was caused or is relating to or is occurring under the following circumstances, therefore this benefit applies only to the insurance agreement which stated the insuring amount.

The Company will pay 80% of actual normal and customary costs but not exceeding the maximum amount payable specified in the Policy Schedule when the visual ability measurement has changed from the one previously recorded.

The coverage for visual examination, visual ability measurement are as follow;

1. Visual Examination and Visual Acuity.
2. Glasses, Sunglasses (these must be based on Ophthalmologist's recommendation) and Contact Lenses limit to 1 item or 1 set per policy year.

Specified Condition

The completion of The Company's Vision Examination by the Ophthalmologist will identify specific vision conditions that will be considered as pre-existing conditions and will not be covered under the Insurance Policy. However, the expenses of the 1st examination will be covered under the vision coverage of the policy. The original Vision examination Report, Visual Acuity must be submitted to The Company together with the claim lodgment form.

Exclusion

This Insurance Policy will not cover the operation and/or expenses for visual adjustment including medical treatment related to any complication caused by such operation. Other conditions in this Insurance Policy's Contract and its other exclusions remain unchanged.

If any detail in this Insurance Endorsement could be in conflict with any statement in this Insurance Policy it is to be agreed that this Insurance Policy has been extended to cover for the above additional Benefit Plan.

Other conditions in this Insurance Policy's Contract and its other exclusions remain unchanged.

**Insurance Endorsement of Additional Plan
For Artificial Organ and Medical Device**
(To be attached to Health and Accident Insurance 'Lifestyle Series')

Endorsement No:	Part of Insurance Policy No:	Date of Issue:
The Insured's Name:		
Period of Insurance: from	at	hours, to: at 16.30 hours.
Premium	Stamps Duty	Tax Total

As stated on the policy schedule

Definition

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	1. A man-made device or 2. A collection of naturally occurring tissues, either of human or animal origin that is implanted or integrated into an Insured's body to replace a natural organ or portion thereof, for the purpose of restoring or maintaining a specific function or a group of related functions.
Medical Device	means	An instrument, implant or similar that is used to prevent or treat disease, disorder, or other conditions that is implanted or integrated into an Insured's body.
Permanent Device	means	An instrument, implant or similar that is used to prevent or treat disease, disorder, or other conditions that is implanted or integrated into an Insured's body and has an expected useful life expectancy of five years or more.

Additional Benefit: It is agreed that during the above mentioned period of insurance this Insurance Policy to which the rider is attached is extended to cover for any loss or damage which is caused by or related to or occurs within the following circumstances, therefore this applies only to the insurance agreement in which the insuring amount has been stated.

With the exception of the lifestyle series - Ultima Plus Plan, permanent implanted medical devices and artificial organs are subject to a five-year waiting period for new policy holders to The Company, during which these items are not subject to be covered under the policy.

After five years from the commencement of the policy with The Company, permanent implanted medical devices and artificial organs will be covered by the Insurer on a normal, customary and reasonable basis with a cover limit that is stated in the Policy Schedule per policy year.

Lens implants for cataract surgery are subject to cover at the normal and customary cost for monofocal lens implants.

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

The Company will pay for the expenses of artificial organs and medical devices subject to the coverage agreement of Hospitalization or Treatment in a Medical Center (In-patient): No. 2. Hospital Expenses and accompanying fees whereas the amount to be paid when combined with the expenses of artificial organs and medical devices shall not be greater than the actual paid amount or the maximum benefit as specified in the Policy Schedule, depending on whichever is the lesser.

If any detail in this Insurance Endorsement could be in conflict with any statement in this Insurance Policy it is to be agreed that this Insurance Policy has extended to cover for the above additional Benefit Plan.

Other conditions in this Insurance Policy's Contract and its other exclusions remain the same.



**Insurance Endorsement of Additional Plan
For Riding or Traveling by 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:		
<i>As stated on the policy schedule</i>		
Period of Insurance: from	at	hours, to: at 16.30 hours.
Premium	Stamps Duty	Tax Total

It is agreed that during the term as specified in this Attachment, the above-mentioned personal accident coverage has extended to cover the loss or damage arising out of or resulting from the accident during the riding or traveling by the motorcycle for the loss of life, dismemberment, loss of sight, or permanent disability. The insured amount shall be specified in the Insurance Policy Schedule and/or the schedule in this Attachment only.

If any detail in this Insurance Endorsement could be in conflict with any statement in this Insurance Policy it is to be agreed that this Insurance Policy has extended to cover for the above additional Benefit Plan.

Other conditions in this Insurance Policy's Contract and its other exclusions remain the same.

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

โทร : +66 2 401 9189
แฟกซ์ : +662 401 9187
อีเมลล์ : contactus@th.pacificcrosshealth.com

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

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



Scan here to get
quick assistance