

HEALTH PLUS FOR SPECIFIC DISEASES INSURANCE POLICY for Individual

BPVJ0100

Whereas the Insured by a proposal and declaration which shall form part of this Insurance Policy and in consideration of the Insured having paid to the Company the premium, under the terms, general conditions and provision, insuring agreements, exclusions and endorsements of this Insurance Policy, the Company agrees to indemnify the Insured as follows:

Section 1: Definitions

Words or expressions to which specific meanings have been attached in any part of this Policy shall bear such specific meanings wherever they shall appear unless stated otherwise in this Policy.

1.1 Policy	means	Schedule of Policy, General Conditions and Provisions, Insuring Agreements, Exclusions, Insurance Application, Endorsements and Summary of Insurance Conditions, Coverages and Exclusions of this Policy which shall form part of the Policy.
1.2 Company	means	MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited.
1.3 Insured	means	Person named as the Insured in the Schedule who is the Covered Person under this Policy.
1.4 Waiting Period	means	A period from the date this Policy first comes into effect during which the Insured is not covered under this Policy.
1.5 Pre-existing Condition	means	Chronic Disease or sickness (including complications) which is included in the list of Insured Diseases under this Policy and is sustained by the Insured before the date this Policy comes into effect in the first year and has not been completely cured or has shown sufficient indication for a person to seek diagnosis or treatment or for a physician to provide diagnosis, care or treatment.
1.6 Sickness	means	Symptoms, physical abnormalities caused by diseases.
1.7 Physician	means	A person who graduated with a degree in medicine and is licensed to practice medicine in the locality.
1.8 Hospital	means	Medical facility which provides medical services and is capable of admitting patient for overnight stay or provides service for treatment of diseases or injury throughout 24 hours and is licensed or registered to operate as a "Hospital" in accordance the laws of the locality.
1.9 Medical Facility	means	Institute established for the purpose of healing people or to operate in the profession of medicine and public health in accordance with the laws of the locality.
1.10 Clinic	means	Medical facility which provides medical services but is not capable of admitting a patient for overnight stay and is licensed or registered to operate as a "Clinic" in accordance with the laws of the locality.
1.11 Per Confinement	means	Anyone Admission as an In-Patient or Treatment by Day Surgery in a Hospital or Medical Facility and shall include any number of admissions as an In-patient or treatments by Day Surgery in a Hospital or Medical Facility caused by the same Injury or Sickness and is not completely healed, including related or subsequent complications within the period of ninety (90) days from the date of latest discharge from the Hospital or Medical Facility, which shall all be considered as the same Confinement.
1.12 In-patient	means	A patient who has Medical Necessity to be admitted as an In-patient in a Hospital or Medical Facility for medical treatment for an Injury or Sickness for a continuous period of not less than six (6) hours and is registered as an In-patient and including in the case of being admitted as an In-patient and suffering loss of life before the six (6) hours completes.
1.13 Out-patient	means	A patient who seeks medical treatment for an Injury or Sickness at an Out-Patient Unit or at the Emergency Room of a Hospital or Medical Facility with no Medical Necessity to be admitted as an In-patient.
1.14 Medical Standard	means	Guideline or type of medical care for treatment of an Injury or Sickness in medicinal science in accordance with standards in the locality including:

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

Original

		<ol style="list-style-type: none"> 1) Professional standard and rules governing the profession; 2) Standards related to medicine and medical equipment; 3) Principle in patient care without prejudice.
1.15 Medical Necessity	means	<p>Necessity to seek medical service or other services of a Medical Facility for the diagnosis and treatment of an Injury or Sickness subject to the following conditions:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Must be related to the disease diagnosis and treatment provided according to the condition of the Injury or Sickness of the Insured; 2) In accordance with the Medical Standard; 3) Must not be solely for the convenience of the Insured or family of the Insured or for the medical service provider.
1.16 Alternative Medicine	means	Treatment of an Injury or Sickness by a healer who is licensed in the locality in the branch of Thai traditional medicine or Chinese traditional medicine or Chiropractic or other branches which are not modern medicine.
1.17 Surgery	means	Operation by invasive procedure into the body which requires the use of general anesthesia or regional anesthesia.
1.18 Day Surgery	means	Surgery or manual operative procedure in place of a Surgery or the use of medical instruments in place of a Surgery which does not required admission as an In-patient in a Hospital or Medical Facility .
1.19 Policy Year	means	The period of one (1) year from the date the Policy comes into effect or from the date of anniversary of the Policy in subsequent years.

Section 2: General Conditions

1. Insurance Contract

This insurance contract is based upon the information provided by the Insured in the Insurance Application Form and additional declarations (if any) signed by the Insured as evidence for the acceptance of insurance in this insurance contract. The Company thus issues this Policy for such purpose.

In the event that the Insured misrepresents such facts or conceals from the Company any known relevant facts which can be material for the consideration by the Company for higher premium or a decision not to enter the insurance contract, this insurance contract shall be void per clause 865 of the Civil and Commercial Code and the Company shall have the right to nullify this insurance contract.

The Company shall not deny liability by referring to declarations outside of those made by the Insured as referred to in the first paragraph.

2. No Contest or No Dispute of the Completeness of Insurance Contract

The Company shall not contest or dispute the completeness of this insurance contract once the Policy has been in force for two (2) consecutive years and over from the date this Policy first comes into effect except in case of non-payment of insurance premium.

In the event the Company has knowledge of information which can be basis to nullify the insurance contract but has not exercised the right to nullify the insurance contract within one (1) month from the date such information is known to the Company, then the Company shall not nullify the insurance contract in this case.

3. Completeness of the Insurance Contract and Changes in the Insurance Contract

This Policy together with the Insuring Agreements and Endorsements form part of the insurance contract. Any changes of wordings in the Policy must be agreed by the Company and formally noted in this Policy and/or in Endorsements for such changes to be valid.

4. Notification of Claim

The Insured at own expense must submit documents to the Company within 30 days from the date being discharged from a Hospital or Medical Facility or Clinic as follows:

1. A completed Claim Form of the Company;
2. A Physician Report specifying the diseases covered, major symptoms and diagnosis result;
3. Results of blood test and/or lab tests;

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

Original

4. Original Receipt of the medial bill showing itemized medical expense or Summary of Expense and Receipt (in case of reimbursement of medical expense or daily benefit or travel expense);
5. Other documents or evidence as necessary required by the Company (if any).

Failure to submit such documents within the above stated time shall not diminish the right for claim indemnification if it can be proven that there are practical reasons for not being able to do so and such documents have been submitted as early as possible.

The Receipt with itemized medical expense must be the original receipt and the Company shall return the original receipt stating the amount paid so that the Insured can claim the balance from other Insurers. But if the Insured has already received reimbursement from government or other welfares or insurances, the Insured may submit a copy of the receipt together with a certified statement showing the amount already paid by the government or other entities in order to claim the balance from the Company.

In case of claim indemnification for Daily Benefit, a copy of the Receipt with itemized medical expense or a copy of the Summary of expense and Receipt can be accepted.

6. Medical Examination

The Company shall have the right to examine medical and diagnosis history of the Insured as considered necessary for this insurance and shall have the right to conduct an autopsy where necessary and within the limits of law at the Company's own expense.

In the event the Insured denies the Company's examination of the medical and diagnosis history of the Insured for the consideration of claim indemnification, then the Company may deny coverages under this Policy provided to the Insured.

7. Claim Indemnification

The Company shall pay claim within fifteen (15) days after receiving the complete and proper proof of the loss or damage. In the case of loss of life of the Insured, the Company shall pay to the Beneficiary named in the Schedule.

In the event there is reasonable doubt that the claim for compensation from the Company may not be in accordance with the Insuring Agreements, the time line stated above may be extended as necessary but not to exceed ninety (90) days from the date the complete documents are received by the Company.

If the Company cannot pay claim within the time line specified above, the Company is liable to pay an interest of fifteen (15) per cent per annum on the amount due calculated from the due date of the payment.

8. Payment of Premium and Commencement of Coverage

7.1 Premium Payment on Annual Basis

Premium payment on annual basis shall be due and payment made by the Insured immediately or before the commencement of insurance coverage and the insurance coverage shall come into effect on the date as stated in the Schedule.

7.2 Premium Payment on Monthly basis as specified in the Schedule

Premium payment for 1st installment shall be due and payment made by the Insured immediately or before the commencement of insurance coverage and the insurance coverage shall come into effect on the date as stated in the Schedule.

7.2.1. For subsequent instalments, the Insured shall make payment within thirty (30) days from the date premium payment is due. If premium payment is made, then it is deemed the insurance coverage under this Policy is continuous from previous instalment and the Company shall not raise the conditions on the No Contest or No Dispute on the Completeness of the Insurance Contract, the Waiting Period and the Pre-existing Condition to start over again.

In case the Company cannot collect such premium, it is deemed the coverage under this Policy ceases to be in effect as from the last day of coverage afforded by the premium already paid.

7.2.2 In the event there is a claim for compensation lodged during the grace period and the Company has not yet been paid the premium due, then the Company shall deduct the amount of the premium due from the claim compensation payable under this Policy and shall pay the balance to the Insured or the Beneficiary.

9. Renewal of Policy

This Policy is renewable subject to the consideration of the Company as follows:

8.1. In the event the Company agrees to renew the Policy, the Company shall reserve the rights to:

8.1.1 adjust premium as appropriate in accordance with the increase in risk level and the age of the Insured, and

8.1.2 change the conditions of insurance acceptance, conditions of the Insuring Agreements of the Renewal Policy as

necessary and the Company shall inform the Insured of significant changes to the Policy.

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

Original

8.2 In the event the Policy is renewed and the Insured makes premium payment within the grace period of thirty (30) days, the Company shall not raise the conditions on the No Contest or No Dispute on the Completeness of the Insurance Contract, the Waiting Period and the Pre-existing Condition to start over again. If the Insured does not make premium payment within the grace period, it is deemed that the coverage under this Policy ceases to be in effect from the latest premium payment due date. In case there is a claim for compensation lodged during the grace period and the Insured has not yet been paid the premium due, then the Company shall deduct the amount of the premium due from the claim compensation payable under this Policy.

8.3 The Company may decline policy renewal by notifying the Insured in writing at least thirty (30) days in advance prior to the expiry date of the Policy as stated in the Schedule.

9. Cancellation of Policy

9.1 In case of Premium Payment on Annual Basis

9.1.1 The Company may terminate this Policy by giving written notice not less than thirty (30) days in advance sent by registered mail to the Insured at the latest address informed to the Company. In this case, the Company shall refund premium to the Insured after deducting a ratable proportion of the premium for the time the Policy has been in force.

9.1.2 The Insured may cancel this Policy by giving written notice to the Company and shall have the right to a premium refund after deducting the premium for the time the Policy has been in force per the short-term premium rate shown in the table below:

Short-Term Premium Rate Table

Period of Insurance (not more than/month)	Per cent of Annual 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

Policy Cancellation under this condition by either party shall be cancellation of whole insurance policy only and not applicable for cancellation of only any one of the Insuring Agreements.

9.2. In case of Premium Payment per General Condition and Provision Item 7.2

9.2.1 The Company may terminate this Policy by giving written notice not less than thirty (30) days in advance sent by registered mail to the Insured at the latest address informed to the Company. In this case, the Company shall refund premium to the Insured after deducting a ratable proportion of the premium for the time the Policy has been in force. But in the case of one(1)-monthly premium payment, the Policy shall cease to be in effect as from the last day of coverage afforded by the premium already paid and the Company shall not refund premium.

9.2.2 The Insured may cancel this Policy by giving written notice to the Company and shall have the right to a premium refund after deducting a ratable proportion of the premium for the time the Policy has been in force. But in the case of one(1)-monthly premium payment, the Policy shall cease to be in effect as from the last day of coverage afforded by the premium already paid and the Company shall not refund premium.

10. Automatic Cessation of the Insurance Contract

10.1 At the Policy Expiry Date as stated in the Schedule (in case of non-renewal).

10.2 On the year the Insured reaches the age of 99..... years old

10.3 The Insured does not make premium payment in accordance with General Conditions and Provisions Item 7.

10.4 The Insured suffers loss of life from a cause not covered by this Policy.

10.5 The Insured is detained in a prison or a penitentiary.

In case of cessation of the Insurance Contract per item 10.4 or 10.5, the Company shall make premium refund to the Insured or the Beneficiary after deducting a ratable proportion of the premium for the time the Policy has been in force.

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

Original

10.6 Each of the coverages under this Policy shall cease to be in effect when the Company has paid claim compensation up to the maximum sum insured as stated in the Schedule for such coverages and the Company shall continue to provide insurance cover only for those coverages under which there remains a balance in the sum insured.

10.7 This Policy and all insurance coverages under this Policy shall cease to be in effect at 24:00 hrs. Thailand time on the Policy Expiry Date.

11. Arbitration

In the event there is any difference, dispute or claim under this Policy between the Claimant and the Company and if the Claimant requests and wishes that such difference or dispute be settled by arbitration, the Company shall agree to allow for a ruling by arbitration in accordance with the regulations of the Office of Insurance Commission.

12. Condition Precedent

The Company shall be liable for claim under this Policy only if the Insured, the Beneficiary and/or their representative duly observe and fulfill all the terms and conditions of the insurance contract and this Policy.

Section 3: General Exclusions

This Policy does not cover any loss or damage arising from or in consequence of causes as follows:

3.1 Any sickness sustained during the Waiting Period

3.2 Pre-existing Condition

3.3 Physical check-up, request for admission into a Hospital (or "Medical Facility") or request for surgery, recovery or recuperation or treatment by bed-rest or for admission into a Hospital (or "Medical facility") for the purpose of having a care taker, examination or treatment that is not related to conditions of the disease necessitating the admission into Hospital (or "Medical Facility), examination of injury or sickness or treatment or prognosis that is not Medical Necessity nor in accordance with Medical Standard.

3.4 Treatment which is not modern medicine, including Alternative Medicine.

3.5 Expense incurred from medical treatment that is self-prescribed by the Insured who is a physician including expense incurred from medical treatment provided by a physician who is parent, spouse or child of the Insured.

3.6 Fees for Special Nurse.

3.7 Treatment or examination that is not related to the diagnosis, symptoms or abnormalities of the Insured Diseases.

3.8 Orthosis, prosthesis, durable medical equipment and supplies.

3.9 Inoculation or vaccination for disease prevention.

3.10 The diagnosis of the Physician does not conclude the sickness is caused by as Insured Disease but stating in the Physician's Report as "Suspect to have the disease".

Section 4: Insuring Agreements

Under the terms and conditions, provisions, exclusions, insuring agreements and endorsements of this Policy and in consideration of the Insured having paid the premium to the Company, the Company agrees to provide insurance coverage under Insuring Agreements as follows:

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

Original

BPVM0100

Medical Expense for Specific Diseases in case of In-patient (IPD)

During the period that this Policy is in force and after the Waiting Period specified for each of the Diseases as stated in this Insuring Agreement, if the Insured is diagnosed by a Physician as being sick and is required to receive medical treatment as an In-patient (IPD) in a Hospital or Medical Facility with anyone of the Diseases listed in the table below;

Insured Diseases	Waiting Period
<p>- Coronavirus 2019 (COVID-19)</p>	<p>7 Days</p>

The Company shall pay claim compensation for the expense necessary and reasonable incurred arising from the medical treatment in accordance with Medical Necessity and Medical Standard such as cost of medical treatment, room and board, nursing service, general medical service or medicine on actual basis but not exceeding the amount of sum insured per Policy Year as stated in the Schedule.

But if the Insured has already received reimbursement from government or other welfares or insurances, the Company shall be responsible only for the remaining balance of the medical expense and treatment cost.

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

Summary of General Conditions, Coverages and Exclusions
HEALTH PLUS FOR SPECIFIC DISEASES INSURANCE POLICY for Individual

1. Important Definitions

1.1 Policy	means	Schedule of Policy, General Conditions and Provisions, Insuring Agreements, Exclusions, Insurance Application, Endorsements and Summary of Insurance Conditions, Coverages and Exclusions of this Policy which shall form part of the Policy.
1.2 Company	means	MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited.
1.3 Insured	means	Person named as the Insured in the Schedule who is the Covered Person under this Policy.
1.4 Waiting Period	means	A period from the date this Policy first comes into effect during with the Insured is not covered under this Policy.
1.5 Pre-existing Condition	means	Chronic Disease or sickness (including complications) which is included in the list of Insured Diseases under this Policy and is sustained by the Insured before the date this Policy comes into effect in the first year and has not been completely cured or has shown sufficient indication for a person to seek diagnosis or treatment or for a physician to provide diagnosis, care or treatment.

2. Important General Conditions

2.1. No Contest or No Dispute of the Completeness of Insurance Contract

The Company shall not contest or dispute the completeness of this insurance contract once the Policy has been in force for two (2) consecutive years and over from the date this Policy first comes into effect except in case of non-payment of insurance premium.

In the event the Company has knowledge of information which can be basis to nullify the insurance contract but has not exercised the right to nullify the insurance contract within one (1) month from the date such information is known to the Company, then the Company shall not nullify the insurance contract in this case.

2.2. Notification of Claim

The Insured at own expense must submit documents to the Company within 30 days from the date being discharged from a Hospital or Medical Facility or Clinic as follows:

1. A completed Claim Form of the Company;
2. A Physician Report specifying the diseases covered, major symptoms and diagnosis result;
3. Results of blood test and/or lab tests;
4. Original Receipt of the medial bill showing itemized medical expense or Summary of Expense and Receipt (in case of reimbursement of medical expense or daily benefit or travel expense);
5. Other documents or evidence as necessary required by the Company (if any).

Failure to submit such documents within the above stated tome shall not diminish the right for claim indemnification if it can be proven that there are practical reasons for not being able to do so and such documents have been submitted as early as possible.

The Receipt with itemized medical expense must be the original receipt and the Company shall return the original receipt stating the amount paid so that the Insured can claim the balance from other Insurers. But if the Insured has already received reimbursement from government or other welfares or insurances, the Insured may submit a copy of the receipt together with a certified statement showing the amount already paid by the government or other entities in order to claim the balance from the Company.

In case of claim indemnification for Daily Benefit, a copy of the Receipt with itemized medical expense or a copy of the Summary of expense and Receipt can be accepted.

2.3. Claim Indemnification

The Company shall pay claim within fifteen (15) days after receiving the complete and proper proof of the loss or damage. In the case of loss of life of the Insured, the Company shall pay to the Beneficiary named in the Schedule.

In the event there is reasonable doubt that the claim for compensation from the Company may not be in accordance with the Insuring Agreements, the time line stated above may be extended as necessary but not to exceed ninety (90) days from the date the complete documents are received by the Company.

If the Company cannot pay claim within the time line specified above, the Company is liable to pay an interest of fifteen (15) per cent per annum on the amount due calculated from the due date of the payment.

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

Original

3. General Exclusions

This Policy does not cover any loss or damage arising from or in consequence of causes as follows:

- 3.1 Any sickness sustained during the Waiting Period
- 3.2 Pre-existing Condition
- 3.3 Physical check-up, request for admission into a Hospital (or "Medical Facility") or request for surgery, recovery or recuperation or treatment by bed-rest or for admission into a Hospital (or "Medical facility") for the purpose of having a care taker, examination or treatment that is not related to conditions of the disease necessitating the admission into Hospital (or "Medical Facility), examination of injury or sickness or treatment or prognosis that is not Medical Necessity nor in accordance with Medical Standard.
- 3.4 Treatment which is not modern medicine, including Alternative Medicine.
- 3.5 Expense incurred from medical treatment that is self-prescribed by the Insured who is a physician including expense incurred from medical treatment provided by a physician who is parent, spouse or child of the Insured.
- 3.6 Fees for Special Nurse.
- 3.7 Treatment or examination that is not related to the diagnosis, symptoms or abnormalities of the Insured Diseases.
- 3.8 Orthosis, prosthesis, durable medical equipment and supplies.
- 3.9 Inoculation or vaccination for disease prevention.
- 3.10 The diagnosis of the Physician does not conclude the sickness is caused by as Insured Disease but stating in the Physician's Report as "Suspect to have the disease".

4. Coverages

- Medical Expense as In-patient

BPVM0100

***** Coverage, Exclusions and Other Conditions in details are in accordance with the Insurance Policy as approved by the Office of the Insurance Commission (OIC)*****

Remarks:

1. This document is only a Summary of General Conditions, Coverages and Exclusions. The Company may elect to produce this document only for specific Insurance Plans. The Insured is advised to carefully study the Insurance Policy and Insurance Plans in details.
2. The Company may select Insuring Agreements/Endorsements to offer as an insurance package subject to conditions as approved by the Office of the Insurance Commission.

Important Remark: Please note this English language version is provided for information purposes only and the Thai language version is the reference for the legally binding contract wordings

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพเฉพาะโรคพลัส แบบส่วนบุคคล

BPVJ0100

โดยการซื้อถือชื่อแสดงในใบคำขอเอาประกันภัย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้ข้อบังคับ เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครองช้อยกเว้น และเอกสารแนบท้ายแห่งกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทให้สัญญากับผู้เอาประกันภัยดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 คำจำกัดความ

ถ้อยคำและคำบรรยายซึ่งมีความหมายเฉพาะที่ได้ให้ไว้ในส่วนใดก็ตามของกรมธรรม์ประกันภัย จะถือเป็นความหมายเดียวกันทั้งหมดไม่ว่าจะปรากฏในส่วนใดก็ตาม เว้นแต่จะได้กำหนดไว้เป็นอย่างอื่นในกรมธรรม์ประกันภัย

1.1	กรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ตารางกรมธรรม์ประกันภัย เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครองช้อยกเว้น เอกสารแนบท้าย ใบคำขอเอาประกันภัย ใบสลักหลังกรมธรรม์ประกันภัย และเอกสารสรุปเงื่อนไข ความคุ้มครอง และช้อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งแห่งสัญญาประกันภัย
1.2	บริษัท	หมายถึง	บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1.3	ผู้เอาประกันภัย	หมายถึง	บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้
1.4	ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period)	หมายถึง	ระยะเวลานับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก ซึ่งผู้เอาประกันภัยจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองสำหรับแต่ละโรคที่ระบุตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้
1.5	สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition)	หมายถึง	โรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ซึ่งระบุเป็นโรคที่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัยก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นปีแรก และยังมีได้รับการรักษาให้หายขาด หรือมีนัยสำคัญเพียงพอที่ทำให้บุคคลทั่วไปพึงแสวงหาการวินิจฉัย ดูแล หรือรักษา หรือที่ทำให้แพทย์พึงให้การวินิจฉัย ดูแล หรือรักษา
1.6	การป่วย	หมายถึง	อาการ ความผิดปกติของร่างกายอันเป็นผลจากโรค
1.7	แพทย์	หมายถึง	ผู้ที่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมตามกฎหมายในท้องถิ่นที่ให้บริการ
1.8	โรงพยาบาล	หมายถึง	สถานพยาบาลใดๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์ โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือบำบัดรักษาโรคหรือการบาดเจ็บอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และได้รับใบอนุญาตหรือจดทะเบียนดำเนินการเป็น “โรงพยาบาล” ตามกฎหมายในท้องถิ่นที่ให้บริการ
1.9	สถานพยาบาล	หมายถึง	สถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะ หรือประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นในท้องถิ่นที่ให้บริการ

1.10	คลินิก	หมายถึง	สถานพยาบาลใดๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์โดยไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และได้รับอนุญาตหรือจดทะเบียนดำเนินการเป็น “คลินิก” ตามกฎหมายในท้องถิ่นที่ให้บริการ
1.11	การพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (Per Confinement)	หมายถึง	การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล แต่ละครั้ง และให้รวมถึงการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ใน โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ไม่ว่าจะกี่ครั้งก็ตาม ด้วยเหตุจากการบาดเจ็บหรือการป่วยเดียวกัน และยังรักษาไม่หาย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง หรือต่อเนื่องกัน ทั้งนี้ ภายในระยะเวลา 90 วัน นับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ครั้งสุดท้าย ก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าพักรักษาตัวครั้งเดียวกันด้วย
1.12	ผู้ป่วยใน	หมายถึง	ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เพื่อการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บ หรือการป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วต่อมาเสียชีวิตก่อนครบ 6 ชั่วโมง
1.13	ผู้ป่วยนอก	หมายถึง	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บหรือการป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก หรือในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล โดยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน
1.14	มาตรฐานทางการแพทย์	หมายถึง	หลักเกณฑ์ หรือแนวทางการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บหรือการป่วยตามหลักวิชาการ โดยสอดคล้องกับมาตรฐานในท้องถิ่นที่ให้บริการ ดังต่อไปนี้ (1) มาตรฐานวิชาชีพและข้อบังคับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (2) มาตรฐานสถานพยาบาล (3) มาตรฐานด้านยา และเครื่องมือแพทย์ (4) หลักการดูแลผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติ
1.15	ความจำเป็นทางการแพทย์	หมายถึง	ความจำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์ หรือบริการอื่นๆของสถานพยาบาล เพื่อการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาการบาดเจ็บหรือการป่วยโดยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขดังนี้ (1) ต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาตามภาวะการบาดเจ็บหรือการป่วยของผู้เอาประกันภัย (2) ต้องสอดคล้องกับมาตรฐานทางการแพทย์ (3) ต้องมิใช่เพื่อความสะดวกของผู้เอาประกันภัยหรือครอบครัวของผู้เอาประกันภัย หรือ ของผู้ให้บริการรักษาพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว

Original

1.16	การแพทย์ทางเลือก	หมายถึง	การรักษาการบาดเจ็บ หรือการป่วยโดยผู้ประกอบโรคศิลปะที่มีใบอนุญาตในท้องถิ่นที่ให้บริการ ในสาขาทางการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนจีน หรือโคโรแพรคติก หรือสาขาอื่นที่มีใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน
1.17	การผ่าตัดใหญ่	หมายถึง	การผ่าตัดที่ผ่านผนังหรือช่องโพรงของร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาสลบแบบทั่วไป (General Anaesthesia) หรือการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional Anaesthesia)
1.18	การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)	หมายถึง	การผ่าตัดใหญ่หรือการทำหัตถการทดแทนการผ่าตัดใหญ่ หรือการใช้เครื่องมือบำบัดรักษาพิเศษที่สามารถทดแทนการผ่าตัดใหญ่ได้ โดยไม่ต้องมีการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
1.19	ปีกรรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ระยะเวลาหนึ่งปีนับแต่วันที่กรรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ หรือนับแต่วันครบรอบปีกรรมธรรม์ประกันภัยปีต่อไป

หมวดที่ 2 เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด

1. สัญญาประกันภัย

สัญญาประกันภัยนี้เกิดขึ้นจากการที่บริษัทเชื่อถือข้อความของผู้เอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัย และข้อความเพิ่มเติม (ถ้ามี) ที่ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อไว้ไว้เป็นหลักฐานในการตกลงรับประกันภัยตามสัญญาประกันภัย บริษัทจึงได้ออกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ไว้ให้

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยรู้อยู่แล้ว แต่แถลงข้อความอันเป็นเท็จในข้อความตามวรรคหนึ่ง หรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริงใดแต่ปกปิดข้อความจริงนั้นไว้โดยไม่แจ้งให้บริษัททราบ ซึ่งถ้าบริษัททราบข้อความจริงนั้นๆ อาจจะได้สนใจให้บริษัทเรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือบอกปิด ไม่ยอมทำสัญญาประกันภัย สัญญาประกันภัยนี้จะตกเป็นโมฆะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้

บริษัทจะไม่ปฏิเสธความรับผิดชอบโดยอาศัยข้อความนอกเหนือจากที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในเอกสารตามวรรคหนึ่ง

2. การไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

บริษัทจะไม่ได้แย้งหรือคัดค้านเรื่องความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยนี้ เมื่อกรรมธรรม์ประกันภัย มีผลบังคับมาเป็นเวลา 2 ปีกรรมธรรม์ประกันภัยติดต่อกันขึ้นไป นับแต่วันที่กรรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรก เว้นแต่การขาดชำระเบี้ยประกันภัย

ในกรณีที่บริษัทได้ทราบข้อมูลอันจะบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ แต่มิได้ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยภายในกำหนด 1 เดือนนับแต่ทราบข้อมูลนั้น บริษัทไม่อาจบอกล้างความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยในกรณีนี้ได้

3. ความสมบูรณ์แห่งสัญญาและการเปลี่ยนแปลงกรรมธรรม์ประกันภัย

กรรมธรรม์ประกันภัยนี้ รวมทั้งข้อตกลงคุ้มครองและเอกสารแนบท้าย ประกอบกันเป็นสัญญาประกันภัย การเปลี่ยนแปลงข้อความใดๆ ในกรรมธรรม์ประกันภัย จะต้องได้รับความยินยอมจากบริษัทและได้บันทึกไว้ในกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ และ/หรือในเอกสารแนบท้ายแล้วจึงจะสมบูรณ์

4. การเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหรือคลินิก โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

Original

- 1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- 2) ใบรายงานแพทย์ที่ระบุว่า เป็นโรคที่ได้รับความคุ้มครอง อาการสำคัญ และผลการวินิจฉัย
- 3) ผลตรวจเลือด และ/หรือ ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ
- 4) ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน (กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล หรือเงินชดเชยรายวัน หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง)
- 5) เอกสารหรือหลักฐานตามที่บริษัทต้องการตามความจำเป็น (ถ้ามี)

การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าว ไม่ทำให้สิทธิในการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นได้ว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถส่งหลักฐานดังกล่าวได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ได้ส่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้แล้ว

ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายต้องเป็นใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยรายอื่น แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว ให้ผู้เอาประกันภัยส่งสำเนาใบเสร็จที่มีการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่นเพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัท

กรณีเบิกเงินชดเชยรายวันสามารถใช้สำเนาใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือสำเนาใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงินแทนได้

5. การตรวจทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

6. การจ่ายค่าทดแทน

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทน ภายใน 15 วันนับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสียหรือเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว หรือในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุชื่อไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดเชยตามกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้นไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายออกไปอีกได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

หากบริษัทไม่อาจจ่ายค่าทดแทนให้แล้วเสร็จ ภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบใช้ดอกเบี้ยให้อีกในอัตราร้อยละ 15 ต่อปีของจำนวนเงินที่ต้องจ่าย ทั้งนี้ นับแต่วันที่ครบกำหนดชำระ

7. การชำระเบี้ยประกันภัยและการเริ่มความคุ้มครอง

7.1 การชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปี

การชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปีจะถึงกำหนดชำระทันที หรือก่อนความคุ้มครองจะเริ่มต้น โดยผู้เอาประกันภัย และความคุ้มครองจะเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

7.2 การชำระเบี้ยประกันภัยแบบราย เดือน ตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

7.2.1 การชำระเบี้ยประกันภัยของงวดแรกจะถึงกำหนดชำระทันที หรือก่อนความคุ้มครองจะเริ่มต้น โดยผู้เอาประกันภัย และความคุ้มครองจะเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

Original

7.2.2 เบี้ยประกันภัยของงวดถัดไป ผู้เอาประกันภัยต้องชำระเบี้ยประกันภัยภายใน 30 วัน นับจากวันที่ครบกำหนดระยะเวลาการชำระค่าเบี้ยประกันภัย หากมีการชำระเบี้ยประกันภัย ให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นความคุ้มครองต่อเนื่องจากงวดก่อนหน้าและบริษัทจะไม่นำเงื่อนไขเรื่องการไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย เรื่องระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) และเรื่องสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition) มาเริ่มนับใหม่

หากบริษัทยังคงไม่สามารถเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวได้ ให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นอันสิ้นสุด ณ วันสุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้ชำระมาแล้วสามารถซื้อความคุ้มครองได้

7.2.3 ในกรณีที่มีเหตุเรียกร้องจำนวนเงินค่าทดแทนใดๆ ในระยะเวลาผ่อนผัน และบริษัทยังไม่ได้รับชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทจะหักเบี้ยประกันภัยเป็นจำนวนเท่ากับเบี้ยประกันภัยที่ยังไม่ได้รับชำระออกจากค่าทดแทนที่ต้องชดใช้ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และจ่ายค่าทดแทนส่วนที่เหลือให้กับผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์

8. การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยนี้อาจต่ออายุได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับพิจารณาของบริษัท ดังนี้

8.1 กรณีที่บริษัทยินยอมให้มีการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทจะยังคงไว้ซึ่งสิทธิในการ

8.1.1 การปรับอัตราเบี้ยประกันภัยให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงภัยและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้เอาประกันภัย และ

8.1.2 การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยเงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยในปีที่ต่ออายุได้ตามความจำเป็น โดยบริษัทต้องแจ้งให้ผู้เอาประกันภัยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่เป็นสาระสำคัญตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้

8.2 หากมีการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยและผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน 30 วัน บริษัทจะไม่นำเงื่อนไขเรื่องการไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย เรื่องระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) และเรื่องสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition) มาเริ่มนับใหม่ หากผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน ให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยครั้งสุดท้าย กรณีมีการเรียกร้องค่าทดแทนภายในระยะเวลาผ่อนผันและผู้เอาประกันภัยยังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทจะหักเบี้ยประกันภัยที่ค้างชำระออกจากค่าทดแทนที่บริษัทจะชดใช้ตามกรมธรรม์ประกันภัย

8.3 บริษัทสามารถปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ โดยการแจ้งต่อผู้เอาประกันภัยทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

9. การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

9.1 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปี

9.1.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการส่งหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้เอาประกันภัยตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีนี้บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

9.1.2 ผู้เอาประกันภัยจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ และมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัยคืน หลังจากหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้นตามตารางที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

ตารางอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น

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

การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยตามเงื่อนไขข้อนี้ ไม่ว่าจะกระทำโดยฝ่ายใดก็ตาม ต้องเป็นการบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยทั้งฉบับเท่านั้น ไม่สามารถยกเลิกข้อตกลงคุ้มครองใดข้อตกลงคุ้มครองหนึ่งได้

9.2 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยตามเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดข้อ 7.2

9.2.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการส่งหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า 30 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้เอาประกันภัย ตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีนี้บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้ว ออกตามส่วน แต่สำหรับกรณีการชำระเบี้ยประกันภัยแบบราย 1 เดือน กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับในวันสุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระแล้วสามารถซื้อความคุ้มครองได้ โดยบริษัทไม่ต้องคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

9.2.2 ผู้เอาประกันภัยจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ และมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัยคืน หลังจากหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน แต่สำหรับกรณีการชำระเบี้ยประกันภัยแบบราย 1 เดือน กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับโดยอัตโนมัติในวันสุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระมาแล้ว สามารถซื้อความคุ้มครองได้ โดยบริษัทจะไม่คืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

10. การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยโดยอัตโนมัติ

10.1 ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดบังคับดังที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย (กรณีที่ไม่มีการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย)

10.2 ในปีเอาประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 99.... ปีบริบูรณ์

10.3 เมื่อผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยตามเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดข้อ 7

10.4 เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต จากสาเหตุที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง

10.5 เมื่อผู้เอาประกันภัยถูกจองจำอยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน

Original

สำหรับการสิ้นสุดความคุ้มครองตามข้อ 10.4 หรือ 10.5 บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

10.6 ความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ แต่ละความคุ้มครองจะสิ้นสุดเมื่อบริษัทได้จ่ายค่าทดแทนตามจำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยของความคุ้มครองนั้นๆ ครบถ้วนแล้ว โดยบริษัทจะให้ความคุ้มครองต่อไป จนสิ้นสุดระยะเวลาเอาประกันภัย เฉพาะจำนวนเงินเอาประกันภัยของความคุ้มครองอื่นที่เหลืออยู่เท่านั้น

10.7 กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และการประกันภัยทั้งหลายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะสิ้นสุดในเวลา 24.00 น. ตามเวลาประเทศไทยในวันที่สิ้นสุดของกรมธรรม์ประกันภัย

11. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่มีข้อพิพาท ข้อขัดแย้ง หรือข้อเรียกร้องใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท และหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์ และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้น โดยวิธีการอนุญาโตตุลาการ บริษัทตกลงยินยอมและให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

12. เงื่อนไขบังคับก่อน

บริษัทจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายค่าทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ก็ต่อเมื่อผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ และ/หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัยแล้ว

3. ข้อยกเว้นทั่วไป

กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจากหรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

3.1 การป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period)

3.2 สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition)

3.3 การตรวจสอบสุขภาพ การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือร้องขอการผ่าตัด การพักผ่อน หรือ การพักเพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉยๆ หรือ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เพื่อให้มีผู้ช่วยดูแลทั่วไป การตรวจหรือการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการป่วย การรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์

3.4 การตรวจรักษาที่ไม่ใช่แผนปัจจุบัน รวมถึงการแพทย์ทางเลือก

3.5 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัย ซึ่งเป็นแพทย์สั่งให้แก่ตัวเอง รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ ผู้ซึ่งเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้เอาประกันภัย

3.6 ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ

3.7 การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ได้รับการคุ้มครอง

3.8 ใกกายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ดัดแปลงต่างๆ

3.9 การปลูกฝีหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

3.10 แพทย์ไม่ได้วินิจฉัยชัดเจนว่าเป็นโรคที่คุ้มครอง แต่ระบุในใบรายงานแพทย์ว่า ‘สงสัยว่าจะเป็น’

Original

หมวดที่ 4 ข้อตกลงคุ้มครอง

ภายใต้ข้อบังคับ เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อยกเว้น ข้อตกลงคุ้มครอง และเอกสารแนบท้ายแห่งกรมธรรม์ ประกันภัย และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระ บริษัทตกลงจะให้ความคุ้มครองสำหรับ ข้อตกลงคุ้มครองต่อไปนี้

ข้อตกลงคุ้มครอง
การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยใน (IPD)

BPVM0100

ระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ และเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) ตามที่ระบุไว้สำหรับโรคแต่ละโรคตามที่ระบุไว้ในตารางของข้อตกลงคุ้มครองนี้ หากผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการป่วยและต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน (IPD) ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ด้วยโรคใดโรคหนึ่งที่ระบุไว้ในตารางด้านล่างนี้

โรคที่ได้รับความคุ้มครอง	ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period)
- โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	7 วัน

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการพยาบาล ค่าบริการทั่วไป หรือค่ายา เป็นต้น ให้ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริง ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อปีกรมธรรม์ประกันภัยที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัทจะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น

เอกสารสรุปเงื่อนไข ความคุ้มครอง ช้อยกเว้น
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพเฉพาะโรค แบบส่วนบุคคล

BPVS0900

1. คำจำกัดความที่สำคัญ

1.1	กรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ตารางกรมธรรม์ประกันภัย เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครอง ช้อยกเว้น เอกสารแนบท้าย ใบคำขอเอาประกันภัย ใบสลักหลังกรมธรรม์ประกันภัย และเอกสารสรุปเงื่อนไข ความคุ้มครอง และช้อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งแห่งสัญญาประกันภัย
1.2	บริษัท	หมายถึง	บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1.3	ผู้เอาประกันภัย	หมายถึง	บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้
1.4	ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period)	หมายถึง	ระยะเวลานับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก ซึ่งผู้เอาประกันภัยจะไม่สามารถได้รับความคุ้มครองสำหรับแต่ละโรคที่ระบุตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้
1.5	สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition)	หมายถึง	โรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ซึ่งระบุเป็นโรคที่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัยก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นปีแรก และยังมีได้รักษาให้หายขาด หรือมีนัยสำคัญเพียงพอที่ทำให้บุคคลทั่วไปพึงแสวงหาการวินิจฉัย ดูแล หรือรักษา หรือที่ทำให้แพทย์พึงให้การวินิจฉัย ดูแล หรือรักษา

2. เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดที่สำคัญ

2.1 การไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

บริษัทจะไม่ได้แย้งหรือคัดค้านเรื่องความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยนี้ เมื่อกรมธรรม์ประกันภัย มีผลบังคับมาเป็นเวลา 2 ปีกรมธรรม์ประกันภัยติดต่อกันขึ้นไป นับแต่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับเป็นครั้งแรก เว้นแต่การขาดชำระเบี้ยประกันภัย

ในกรณีที่บริษัทได้ทราบข้อมูลอันจะบอกถึงสัญญาประกันภัยได้ แต่มิได้ใช้สิทธิบอกถึงสัญญาประกันภัยภายในกำหนด 1 เดือนนับแต่ทราบข้อมูลนั้น บริษัทไม่อาจบอกถึงความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยในกรณีนี้ได้

2.2 การเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือคลินิก โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- 1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- 2) ใบรายงานแพทย์ที่ระบุว่า เป็นโรคที่ได้รับความคุ้มครอง อาการสำคัญ และผลการวินิจฉัย

- 3) ผลตรวจเลือด และ/หรือ ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ
- 4) ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน (กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล หรือเงินชดเชยรายวัน หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง)
- 5) เอกสารหรือหลักฐานตามที่บริษัทต้องการตามความจำเป็น (ถ้ามี)

การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าว ไม่ทำให้สิทธิในการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นได้ว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถส่งหลักฐานดังกล่าว ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ได้ส่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้แล้ว

ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายต้องเป็นใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยรายอื่น แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว ให้ผู้เอาประกันภัยส่งสำเนาใบเสร็จที่มีการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่นเพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัท

กรณีเบิกเงินชดเชยรายวันสามารถใช้สำเนาใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือสำเนาใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงินแทนได้

2.3 การจ่ายค่าทดแทน

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทน ภายใน 15 วันนับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสียหรือเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว หรือในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุชื่อไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดเชยตามกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้นไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายออกไปอีกได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

หากบริษัทไม่อาจจ่ายค่าทดแทนให้แล้วเสร็จ ภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบใช้ดอกเบี้ยให้อีกในอัตราร้อยละ 15 ต่อปีของจำนวนเงินที่ต้องจ่าย ทั้งนี้ นับแต่วันที่ครบกำหนดชำระ

3. ข้อยกเว้นทั่วไป

กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจากหรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

3.1 การป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period)

3.2 สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-existing Condition)

3.3 การตรวจสอบสุขภาพ การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือร้องขอการผ่าตัด การพักผ่อน หรือ การพักเพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉยๆ หรือ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล เพื่อให้มีผู้เชี่ยวชาญดูแลทั่วไป การตรวจหรือการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการป่วย การรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ ซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์

3.4 การตรวจรักษาที่ไม่ใช่แผนปัจจุบัน รวมถึงการแพทย์ทางเลือก

3.5 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัย ซึ่งเป็นแพทย์สั่งให้แก่ตัวเอง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ ผู้ซึ่งเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้เอาประกันภัย

3.6 ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ

3.7 การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคำวินิจฉัย อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรค ที่ได้รับความคุ้มครอง

3.8 ภัยอุบัติกรรม อุบัติกรรมเทียม เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์คงทนต่างๆ

3.9 การปลูกฝีหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

3.10 แพทย์ไม่ได้วินิจฉัยชัดเจนว่าเป็นโรคที่คุ้มครอง แต่ระบุในใบรายงานแพทย์ว่า ‘สงสัยว่าจะเป็น

4. ความคุ้มครอง

- การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยใน (IPD) ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

BPVM0100

****ความคุ้มครองและเงื่อนไขอื่นๆ ที่ละเอียดครบถ้วน ให้เป็นไปตามกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพเฉพาะโรคพลัส แบบส่วนบุคคล ที่ได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)****

หมายเหตุ

1. เอกสารนี้เป็นเพียงเอกสารสรุปเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ความคุ้มครอง และข้อยกเว้น ดังนั้น ผู้เอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดของกรมธรรม์ประกันภัยและแผนประกันภัยที่ได้รับอย่างถี่ถ้วน

2. บริษัทสามารถเลือกข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายเพื่อจัดทำแผนประกันภัยได้ ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขการให้ความเห็นชอบกรมธรรม์ประกันภัยของนายทะเบียน