



**กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ
แอปปีเฮลท์พลัส 25,000**

ประกันภัยสุขภาพมนุษย์เงินเดือน เพื่อยื่นภาษีประจำปี



ประกันสุขภาพที่มีค่าเบี้ยประกันคงที่

ช่วยลดความกังวลจากการจ่ายค่าเบี้ยประกันที่ปรับเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุด้วยประกันสุขภาพที่สามารถเป็นเกราะป้องกัน และลดความเสี่ยงทางด้านการเงิน พร้อมลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาด้วยประกันสุขภาพแอปปี เฮลท์พลัส 25,000 ซึ่งออกแบบมาให้กับมนุษย์เงินเดือนโดยเฉพาะ

จุดเด่นของผลิตภัณฑ์



ความคุ้มครองเหมาจ่ายสูงสุด
1 ล้านบาท ชำระเบี้ยเพียง
25,000 บาท¹



มอบความคุ้มครอง 24 ชั่วโมง



ค่าเบี้ยประกันคงที่เมื่อต่ออายุ
กรมธรรม์ ไม่มีการปรับเพิ่มตาม
อายุที่มากขึ้น



บัตร Care Card สำหรับยื่นจ่าย
ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ
โดยไม่ต้องสำรองจ่ายเอง



ครอบคลุมทั้งค่ารักษาพยาบาล
จากอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

หมายเหตุ ¹ แผนประกันและความคุ้มครอง ขึ้นอยู่กับช่วงอายุของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน

ตารางความคุ้มครอง

รายละเอียดตารางผลประโยชน์ (หน่วย: สกุลเงินบาทไทย)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
เงื่อนไขการรับประกันตามช่วงอายุ	18 – 30 ปี	31 - 40 ปี	41 - 50 ปี	51 - 60 ปี
ความคุ้มครองสูงสุดต่อปี	1,000,000	800,000	600,000	400,000
ความคุ้มครองสูงสุดต่อการรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹				
อาณาเขตความคุ้มครอง	ประเทศไทยเท่านั้น			

1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน

	ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวดที่ 1	1.1 ค่าห้องผู้ป่วยทั่วไป (ตามจริงสูงสุดต่อวัน)	4,500	4,000	3,500	3,000
	1.2 ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤติ	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹			
	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ วงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวดที่ 2	2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹			
	2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล				
	2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์				
	2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน				
หมวดที่ 3	ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา (ตามจริงสูงสุดต่อวันและรวมแล้วไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹)	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹			
	ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ วงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวดที่ 4	4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹			
	4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ				
	4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการสำหรับแพทย์ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด)				
	4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม วัสดุอุปกรณ์แพทย์				
	4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ได้แก่ ตับ ตับอ่อน ไต หัวใจ ปอด และการปลูกถ่ายไขกระดูก				
หมวดที่ 5	การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) วงเงินสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹			

2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ต่อเนื่องเกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	
หมวดที่ 6	6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และเกิดขึ้นภายใน 60 วัน หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน
	6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้ง สำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ภายใน 30 วัน หลังจากออกจากการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย)

คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง¹



รายละเอียดตารางผลประโยชน์ (หน่วย: สกุลเงินบาทไทย)		แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
หมวดที่ 7	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย				
หมวดที่ 8	ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู ค่าบริการกายภาพบำบัด ภายใน 30 วันหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แต่ละครั้งต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวดที่ 9	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย				
หมวดที่ 10	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยรังสีรักษารังสีร่วมรักษาเวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ¹			
หมวดที่ 11	ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย				
หมวดที่ 12	ค่าบริการรพยบาลฉุกเฉิน ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วย ในครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวดที่ 13	ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก ต่อการเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง				

3. ผลประโยชน์เพิ่มเติม					
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ (อบ.1) รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย และ/หรืออุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์		100,000	100,000	100,000	100,000

ตารางเบี้ยประกันภัยรายปี สำหรับรายบุคคล	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
เบี้ยประกันภัยรายปีต่อท่าน รวมภาษีและอากรแสตมป์	25,000 บาท			

- หมายเหตุ**
- ¹ **การพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (Per Confinement)** หมายถึง การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง และให้รวมถึงการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ในโรงพยาบาล ไม่ว่าที่ครั้งก็ตาม ด้วยเหตุจากการบาดเจ็บหรือการป่วยเดียวกัน และยังรักษาไม่หาย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง หรือต่อเนื่องกัน ทั้งนี้ภายในระยะเวลา 90 วัน นับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าพักรักษาตัวครั้งเดียวกันด้วย
 - ความคุ้มครองตามตารางผลประโยชน์ คุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ สูงสุดไม่เกินวงเงินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง¹
 - ความจำเป็นทางการแพทย์** หมายถึงความจำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์ หรือบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เพื่อการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาการบาดเจ็บหรือการป่วยโดยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขดังนี้
 - (1) ต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาตามภาวะการบาดเจ็บ หรือการป่วยของผู้เอาประกันภัย
 - (2) ต้องสอดคล้องกับมาตรฐานทางการแพทย์
 - (3) ต้องมีใช้เพื่อความสะดวกของผู้เอาประกันภัย หรือครอบครัวผู้เอาประกันภัย หรือของผู้ให้บริการรักษาพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว
 - จำนวนวัน ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพยาบาล สำหรับห้องผู้ป่วยธรรมดา ห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) และ ห้องผู้ป่วยวิกฤต (CCU) รวมกันสูงสุดไม่เกิน 365 วัน
 - ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง หลังการเกิดอุบัติเหตุ ให้รวมถึงการรักษาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นภายใน 15 วัน หลังจากวันที่รับการรักษาเป็นครั้งแรก โดยจ่ายไม่เกินจำนวนเงินที่ต้องจ่ายจริง หรือสูงสุดไม่เกินจำนวนเงินผลประโยชน์
 - บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณาคุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจ MRI, PET & CT Scan ตามความจำเป็นทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ค่าตรวจ MRI, PET & CT Scan ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและขออนุมัติจากบริษัทฯ ก่อนการรักษาเท่านั้น
 - ความคุ้มครองหมวด 1 – 13 เป็นวงเงินคุ้มครองค่าใช้จ่ายตามจริงตามความจำเป็นทางการแพทย์ และรวมทุกหมวดแล้วไม่เกินความคุ้มครองสูงสุดต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่งของแผนประกันภัย
 - การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การชำระเบี้ยประกันภัยผ่านตัวแทนประกันภัยหรือนายหน้าประกันภัยเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
 - แอปพลิเคชัน พลัส เป็นช่องทางการตลาดของกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ยูนิเวอร์แซลพลัส
 - เอกสารฉบับนี้มีใช้ส่วนใดส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัย
 - กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง ความสูญเสีย การบาดเจ็บ ความเสียหาย หรือความรับผิดชอบทางกฎหมายที่เกิดขึ้นโดยตรง หรือโดยอ้อมในประเทศต่าง ๆ ที่ได้รับการคว่ำบาตรจากสหประชาชาติ หรือได้รับการคว่ำบาตรทางการค้า หรือเศรษฐกิจ กฎหมาย หรือข้อบังคับของสหภาพยุโรป สหราชอาณาจักร หรือสหรัฐอเมริกา
 - เบี้ยประกันภัยต่อปี (บาท) รวมอากรแสตมป์ 0.4%

เงื่อนไขระยะเวลาโรคภัย

1. การป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นครั้งแรก หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลังหรือ
2. การป่วยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นครั้งแรก หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นภายหลัง เนื่องจก ฤกษ์น้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด ริดสีดวงทวาร ไล่เลื้อนทุกชนิด ต้อเนื้อ หรือต่อกระบอก การตัดทอนซิล หรืออดีนอยด์ นิ้วทุกชนิด เส้นเลือดอุดตันที่ขา เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่
3. ความคุ้มครองค่าปลงศพ มีระยะเวลาโรคภัย 180 วัน กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย

เงื่อนไขความคุ้มครองที่ลูกค้าต้องสำรองจ่าย

หมายถึง ผู้เอาประกันภัยต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับความคุ้มครองดังต่อไปนี้ และนำไปรับรองแพทย์พร้อมใบเสร็จรับเงินตัวจริงส่งเรียกร้องค่าสินไหมกับบริษัทฯ ภายหลังทุกครั้ง

ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และ เกิดขึ้นภายใน 60 วัน หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

คุณสมบัติผู้เอาประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ถึง 60 ปีบริบูรณ์
2. ผู้เอาประกันภัยต้องถือสัญชาติไทย หรือพำนักอยู่ในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 6 เดือนในช่วงระยะเวลา 12 เดือน
3. ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกข้อมูลในใบคำขอเอาประกันภัยและตอบคำถามสุขภาพตามความจริงให้ครบถ้วน บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการขอเอกสารเพิ่มเติมตามเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ
4. กรมธรรม์ประกันภัยจะเริ่มมีผลคุ้มครองเมื่อบริษัทฯ พิจารณาอนุมัติรับประกันภัย
5. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัยตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ตามแผนความคุ้มครองที่ปรากฏอยู่ในใบเสนอขาย หรือโบรชัวร์แอปป์เฮลท์ พลัส ในปีต่ออายุ โดยบริษัทฯ ไม่ต้องแจ้งให้ผู้เอาประกันภัยทราบล่วงหน้า
6. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย

เงื่อนไขการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

1. บริษัทฯ สามารถพิจารณาการต่ออายุกรมธรรม์ต่อเนื่องไม่เกิน 65 ปี
2. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับความคุ้มครอง หรือปรับเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงภัยและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ได้รับความคุ้มครอง และ/หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย เงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยในปีต่ออายุได้ตามความจำเป็น
3. กรมธรรม์ประกันภัยนี้สามารถต่ออายุต่อเนื่องหากเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาของบริษัทฯ
4. กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ปีต่อปี ผลประโยชน์ความคุ้มครองอาจมีการเปลี่ยนแปลงในปีถัดไป
5. กรุณาตรวจสอบเบี้ยปีต่ออายุในใบเตือนต่ออายุในปีถัดไป
6. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับปรุงเบี้ยในปีต่ออายุโดยไม่แจ้งล่วงหน้า
7. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัยตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ตามแผนความคุ้มครองที่ปรากฏอยู่ในใบเสนอขาย หรือโบรชัวร์แอปป์เฮลท์ พลัส ในปีต่ออายุ โดยบริษัทฯ ไม่ต้องแจ้งให้ผู้เอาประกันภัยทราบล่วงหน้า

ข้อยกเว้นที่สำคัญ

การประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล หรือความเสียหายที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือการป่วย (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) อาการ หรือภาวะความผิดปกติที่เกิดจาก

1. ภาวะที่เป็นผลจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นแต่กำเนิด หรือระบบการสร้างอวัยวะของร่างกายไม่สมบูรณ์แต่กำเนิด หรือโรคทางพันธุกรรม หรือความผิดปกติในการพัฒนาการของร่างกาย เว้นแต่ กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลคุ้มครองมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี (1 ปี) และปรากฏอาการหลังผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 16 ปี
2. การตรวจรักษาหรือการผ่าตัดเพื่อเสริมสวย หรือการแก้ไขปัญหามิพพรรณ สีผิว ฝ้า กระ รังแค ผดผื่นหรือการควบคุมน้ำหนักตัว การผ่าตัดที่สามารถทดแทนด้วยการรักษาแนวทางอื่น เว้นแต่เป็นการตกแต่งบาดแผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครอง
3. การตั้งครรภ์ แท้งบุตร กำแท้ง การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์การแก้ไขปัญหามิพพรรณ (รวมถึงการสืบวิเคราะห์และการรักษา) การทำหมัน หรือ การคุมกำเนิด ยกเว้น มะเร็งรังไข่ไขปาลูก
4. โรคเอดส์ หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์และให้หมายความรวมถึงการติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาส หรือการติดเชื้อ หรือการป่วยใดๆ ซึ่งโดยผลการตรวจเลือดแสดงเป็นเลือดบวกของไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) การติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาส ให้รวมถึง แต่ไม่จำกัดเฉพาะเชื้อที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมหรือปอดอักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia) เชื้อที่ทำให้เกิดโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Organism Causes Chronic Enteritis) เชื้อไวรัส และ/หรือเชื้อราที่แพร่กระจายอยู่ทั่วไป (Disseminated Virus and/or Fungi Infection) เนื้องอกร้ายแรง (Malignant Neoplasm) ให้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะเนื้องอก Kaposi's Sarcoma มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System Lymphoma) และ/หรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ ซึ่งเป็นที่รู้จักในปัจจุบันนี้ว่าเป็นอาการของภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency Syndrome) หรือซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้คนที่เป็น เสียชีวิตอย่างกะทันหัน เจ็บป่วย หรือ ทุพพลภาพ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) ให้รวมถึงเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) ที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม (Encephalopathy Dementia)
5. การตรวจรักษา หรือการป้องกัน การฉายา หรือสารต่าง ๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของวัย หรือการให้ฮอร์โมนทดแทนในวัยใกล้หมดหรือหมดระดู การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในหญิง หรือชาย การรักษาความผิดปกติทางเพศ และการแปลงเพศ



6. การตรวจสุขภาพ การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือร้องขอการผ่าตัด การพักผ่อน หรือการพักเพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉย ๆ หรือการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้มีผู้ช่วยดูแลทั่วไป การตรวจหรือการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการป่วยการรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์
7. การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิก ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็นหรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็น
8. การตรวจรักษา หรือผ่าตัดเกี่ยวกับฟัน หรือเหงือก การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษารากฟัน อุดฟัน การจัดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอม การครอบฟันและการรักษารากฟันหรือใส่รากเทียม
9. การรักษาหรือการบำบัดการติดเชื้อสเปกติดให้โทษ บุหรี่ สุรา หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
10. การตรวจรักษา อาการ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจ โรคทางจิตเวช หรือทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมถึงสภาวะสมาธิสั้น ออริสซึม เครียด ความผิดปกติของ การกิน หรือความวิตกกังวล
11. การตรวจรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างทดลอง การตรวจหรือการรักษาโรคหรืออาการหยุดหายใจขณะหลับ การตรวจหรือการรักษาความผิดปกติของการนอนหลับ การนอนกรน
12. การปลูกฝีหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยกเว้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังการถูกสัตว์ทำร้าย และวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ภายหลังได้รับการบาดเจ็บ
13. การตรวจรักษาที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการแพทย์ทางเลือก
14. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัย ซึ่งเป็นแพทย์สั่งให้แต่ตัวเอง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ ผู้ซึ่งเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้เอาประกันภัย
15. การฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามทำร้ายร่างกายตนเองไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้เอาประกันภัย กิน ดื่ม หรือฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง

หมายเหตุ

- เชื้อไขและข้อยกเว้นข้างต้นนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น โปรดศึกษารายละเอียดและข้อยกเว้นความคุ้มครองเพิ่มเติมในกรมธรรม์ประกันภัย
- ผลประโยชน์ รายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครอง และข้อยกเว้นที่สมบูรณ์จะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัย

การส่งหลักฐานการเรียกร้อง

ผู้เอาประกันภัยหรือตัวแทนของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์แล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานตามที่บริษัทฯ ร้องขอตามความจำเป็นให้แก่บริษัทฯ โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง ภายในระยะเวลาสามสิบวัน (30 วัน) นับจากวันที่กำหนด ซึ่งจะเป็นไปตามที่ระบุในเงื่อนไขและข้อกำหนดเพิ่มเติมของหมวดความคุ้มครองหรือข้อตกลงคุ้มครองหรือเอกสารแนบท้ายของกรมธรรม์ประกันภัยนี้

ขั้นตอนการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

- ช่องทางที่ 1 ผ่านโรงพยาบาล (แฟกซ์เคลม หรือเครดิตผู้ป่วยนอก)
- ช่องทางที่ 2 ส่งเอกสารเรียกร้องมายังบริษัทฯ โดยตรง

หลักฐานการเรียกร้องผลประโยชน์

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

หมายเหตุ

- กรณีผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี และไม่สามารถลงนามด้วยตนเองได้ ให้บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนามแทน พร้อมแนบหนังสือแสดงความสัมพันธ์และความยินยอมของผู้เยาว์
- กรณีลงนามโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองจำนวน 2 ท่าน
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการจ่ายค่าสินไหมทดแทน หากไม่สามารถยื่นเอกสารฉบับลงนามต้นฉบับได้

ขอสงวนสิทธิ์

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





Health and Accident Insurance

Happy Health Plus 25,000

Care of your health with being beneficial to your annual personal tax income deduction



Quality health insurance has stable premium although your age increases. This policy is also tax-deductible under personal income tax regulations.

Ease your worry from the increasing premium of increasing age, as LMG Insurance provides the right insurance. Health insurance is a very important financial safeguard that can prevent the risk of being monetarily wiped out with personal tax income deduction. Happy Health Plus 25,000 is basic hospital and surgical insurance plan tailored to fit your budget.

Benefits at a glance



Lum sum healthcare up to THB 1,000,000 with premium only THB 25,000 per person¹



Covers 24 hours



Fixed premium throughout every renewal policy – no premium adjustment by age



Care Card provided for convenient hospital access – no need to pay upfront.



Includes accident outpatient care without additional premium

Remark ¹Depending on Selected Plan and/or Benefits

Summary of Benefit

Benefit Schedule (Currency THB)		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Entry age condition		18 – 30 Years old	31 - 40 Years old	41 - 50 Years old	51 -60 Years old
Overall maximum limit per year		1,000,000	800,000	600,000	400,000
Maximum limit per confinement ¹					
Area of coverage		Thailand only			
1. Inpatient Benefits					
Article 1	Room charge, meal fee and hospital service fee (Inpatient) per confinement				
	1.1 Non-Intensive Care Unit (maximum limit per day)	4,500	4,000	3,500	3,000
	1.2 Intensive Care Inpatient Room, Coronary Care Unit (CCU)	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement ¹			
Article 2	Medical fee for examination or treatment, blood and blood component service fee, nurse service fee, medicine fee, parenteral nutrition fee, and medical supplies fee per confinement				
	2.1 Medical fee for examination	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement ¹			
	2.2 Medical fee for treatment, blood and blood component service fee and nurse service fee				
	2.3 Medicine fee, parenteral nutrition fee and medical supplies fee				
	2.4 Medicine fee and disposable supplies fee (Medical Supplies 1) for home medication				
Article 3	Physician’s examination fee (Physician) (maximum limit per day and up to Maximum limit per confinement ¹)	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement ¹			
Article 4	Operation (surgery) and procedure fee (maximum limit per confinement)				
	4.1 Operating room fee and procedure room fee	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement ¹			
	4.2 Medicine fee, parenteral nutrition fee, medical supplies fee, and surgery and procedure fee				
	4.3 Physician’s fee for Physicians performing surgery and procedure (including assistant) (Physician fee)				
	4.4 Physician’s fee for anesthetist (Physician fee)				
	4.5 Medical fee for organ transplantation e.g. liver, pancreas, kidney, heart, lung, and bone marrow transplantation				
Article 5	Day surgery (maximum limit per confinement)	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement ¹			
2. Non-Inpatient Benefits					
Article 6	Medical fee for related direct examination before and after hospitalization as an Inpatient or Outpatient treatment fee which is in consequence of or in connection with hospitalization as an Inpatient (maximum limit per confinement).				
	6.1 Medical fee for related direct examination which occurs within 30 days before hospitalization as an Inpatient and 60 days after hospitalization as an Inpatient	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement ¹			
	6.2 Outpatient Treatment fee after hospitalization as an Inpatient for each consequential treatment within 30 days after such discharge from the hospital (excluding medical fee for examination)				

Benefit Schedule (Currency THB)		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Article 7	Medical fee for Treatment of injury in Outpatient case within 24 hours after each accident	Customary and reasonable medical charges, up to maximum limit per confinement ¹			
Article 8	Rehabilitation, Physical Therapy treatment fee after each hospitalization as an Inpatient within 30 days				
Article 9	Medical fee for Treatment of chronic kidney failure by hemodialysis through vascular access for each policy period (maximum limit per year)				
Article 10	Medical fee for Treatment of tumor or cancer by radiotherapy, interventional radiology, and nuclear medicine for each policy period (maximum limit per year)				
Article 11	Medical fee for Treatment of cancer by chemotherapy for each policy period (maximum limit per year)				
Article 12	Ambulance fee (maximum limit per confinement)				
Article 13	Medical fee for Mini Surgery (maximum limit per confinement)				

3. Additional Benefits					
Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Permanent Disability (PA1) by an accident including Assault & Murder and motorcycle accident as a riding or a passenger		100,000	100,000	100,000	100,000

Premium Table	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Annual premium (premium per person including 0.4% stamp duty)	THB 25,000			

Remarks

- ¹**Per confinement** means Hospitalization as an Inpatient or treatment by day surgery at the Hospital (or “Health Facility”) each time and shall include hospitalization as an Inpatient or day surgery at the Hospital or Health Facility any times due to the same Injury or Illness which is not fully recovered including related or consequential complications within 90 days from the date of the latest discharge from the Hospital or Health Facility which shall be deemed as the same hospitalization.
- Cover actual medical expenses according to benefit schedule as Customary and Reasonable Medical Charges but up to Maximum limit per confinement¹.
- Medical Necessity** means the necessity to use medical services or other services of the Health Facility for examination or treatment of Injury or Illness which shall be subject to the following conditions:
 - The services must be consistent with the diagnosis and treatment according to the symptoms of the Injury or Illness in a treated person.
 - There is a clear medical indication in accordance with the standards of modern medical practice.
 - The services are not solely for the convenience of the Covered Person or the Covered Person's family or the medical service provider.
- The total maximum number of days for standard daily room including ICU and Coronary Care Unit (CCU) room is 365 Days.
- Cost of outpatient emergency treatment due to injury within 24 hours of the injury or accident occurring including 15 days follow up.The Company will pay this benefit according to the amount actually paid but not exceeding the maximum amount per disability or the maximum benefit stated in the schedule whichever is smaller.
- Company reserves the right to cover for lab tests, x-rays, diagnostics & pathology test, MRI, PET & CT scan on a case by case basis for customary and reasonable medical expenses subject to the maximum limit per disability.
- Benefits under Article 1 – 13 cover actual medical expenses as Customary and Reasonable Medical Charges but in total cover up to Maximum limit per confinement¹
- The insured person shall pay the insurance premium. Payment of premiums through insurance agents or insurance brokers consider as the distribution services only.
- Happy Health Plus plan is marketing name of Universal Plus policy.
- This document is not part of the insurance contract.
- The policy will not cover any loss, injury, damage or legal liability arising directly or indirectly in the sanctioned countries declared by the United Nation (UN) or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.
- The annual premium includes 0.4% stamp duty.

Waiting Period

1. The Company will not pay any benefit for any Illness occurring during the 30 days from the first day of the commencement date of the Insurance Policy or
2. The Company will not pay any benefit for the following Illnesses which occurred in the period of 120 days from the first effective date of the Insurance Policy;
 - 2.1 Tumors, cysts or all types of cancer
 - 2.2 Hemorrhoids
 - 2.3 All types of Hernia
 - 2.4 Pterygium or Cataracts
 - 2.5 Tonsillectomy or adenoidectomy
 - 2.6 All types of Calculus
 - 2.7 Varicose Veins
 - 2.8 Endometriosis
3. There is 180 days waiting period for Funeral Benefits if the death caused by sickness.

Reimbursement conditions

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

Medical fee for related direct examination which occurs within 30 days before hospitalization as an Inpatient and 60 days after hospitalization as an Inpatient.

Eligibility - Applicants must satisfy the following

1. The applicants age must between 18 years old to 60 years old.
2. The applicant must be Thai resident or reside in Thailand at least 6 months in 12 months period.
3. All applicants must complete an application form and medical questionnaire. In some cases, we may request additional information.
4. Insurance policy will be effective after LMG approves the insurance application.
5. The company reserves the right to adjust the coverage of the insured according to the increasing age that appears in the Happy Health Plus brochure at the renewal year and the company does not have to inform the insured in advance for the change.
6. Insurance policy does not cover pre-existing conditions and/or any treatment that are not complete at the time the policy commences.

Insurance Terms and conditions for Renewal Year

1. Once your application is approved, your policy will be continued renewal up to age 65 years old.
2. The Company may adjust the coverages, premium for a Policy Year, to reflect the age ranges and claim records of the respective Covered Persons, according to the rates approved by the registrar. The Company will give prior written notice thereof to the Covered Persons.
3. In the renewal years, the insurance policy can be renewed after underwritten and approved by LMG.
4. This plan's benefits limit are offered on per policy year basis. At the renewal year, the benefits annual limit will be reset for the policy year.
5. For the renewal premium, please refer to the Renewal Notice Letter.
6. Rates are subject to change without prior notice.
7. The company reserves the right to adjust the coverage of the insured according to the increasing age that appears in the Happy Health Plus brochure at the renewal year and the company does not have to inform the insured in advance for the change.

Major of General Exclusions

This insurance does not cover any expenses arising from Medical Treatment, or damage arising from an Injury or Illness (including any complication), symptom, or irregularity, caused by:

1. Chronic disease, injury or illness that has not been cured before the date of the insurance contract (including complications that may occur later) or can be clinically proven or certified that such disease or disorders has occurred before the Insurance contract date, Birth Defect or Congenital Anomalies and Abnormalities, chronic disease, injury or illness which occurred prior to the effective date of the policy (including complications or recurrence that may occur later), abnormal growth, developmental problems, genetic disorders, hernias in a child age under 16 years old, circumcision, surgical treatment for Scoliosis, surgical treatment for Deviate Nasal Septum.
2. Cosmetic related treatment, surgery for reconstruction, skin treatment, acne, blemish, freckles, dandruff, scarring, hair loss, underweight or overweight, surgery to fix or adjust body defects, elective surgery, cosmetic surgery, unless the surgery on the organ is to fix and return it to normal function(s) which were damaged by the accident that was covered by this Insurance Policy. Such surgery must not be performed on genitals or breast.



3. Normal pregnancy, prenatal postnatal complications, childbirth delivery or termination of pregnancy or any consequence of it, except as specified otherwise in the Covered Person's plan in this Policy.
4. Acquired Immune Deficiency Syndrome caused by the Human Immuno-deficiency Virus (HIV) infection including opportunistic pathogenic infection, Malignant Neoplasm or infection or any illness that reveals an HIV (Human Immunodeficiency Virus) positive blood test. Opportunistic pathogenic infection is also including but not limited to Pneumocystis Carinii Pneumonia, Organism or Chronic Enteritis, Disseminated Viral/Fungi Infection, Malignant Neoplasm including but not limited to Kaposi's Sarcoma, Central Nervous System Lymphoma and/or any severe diseases known that are caused by AIDS or sudden death, illness or disability. AIDS includes HIV, Encephalopathy (Dementia), viral epidemics, Venereal disease and sexually transmitted diseases.
5. Treatment or usage of drugs or substances for anti-ageing or giving of replacement hormone during climacteric or menopause, or for any bodily change arising from any physiological or natural cause, corporal imbecility in a female or male, treatment of sexual disorder, gender confirmation or transgender surgery.
6. General Health Check-up, request to be admitted at a Hospital or Medical Center, request for a surgical treatment, rehabilitation or rest for recuperation or treatment by only resting methods, any investigations that are not relating directly to an admission to a Hospital, Medical Center or Clinic, investigations for any injury or illness, treatments or laboratory tests which are considered as non-medical necessity or non-medical standard.
7. Investigation and treatment for abnormal eyesight, corrective eye muscle surgery, LASIK, expenses for vision devices, treatment, investigation or surgery for all types of strabismus.
8. Dental treatments, surgery or prevention of periodontal disease (gum disease), dental or Jaw disease, bruxism, prosthetic dentistry, dentures, crowns, root canal therapy, filling, orthodontic treatment, scaling, tooth extraction, root implants with the exception of accidental injury to teeth whilst the insurance policy is in force but also excluding dentures, crowning, orthodontics, dental bridge, root canal treatment or root implants.
9. Treatments for alcoholism and complications, treatment of narcotic drug addiction, cigarettes, alcohol or psychoactive substances.
10. Diagnostic, investigations or treatments symptoms or disease relating to mental illnesses, psychiatric, stress, anxiety, psychotic state, abnormal behavior or characteristics, attention deficit disorder, autism, stress, including eating disorders or anxiety.
11. Any experimental treatment, examination or treatment for Obstructive Sleep Apnea, sleeping disorders or snoring.
12. Any inoculations and vaccinations excluding rabies vaccination after animal bite and tetanus vaccination after injury.
13. Any treatment that is not considered as modern medical treatment including alternative medical treatments.
14. Any medical treatment given by a medical practitioner who is the parent, spouse, child, or family members of the covered person.
15. Suicide or self-inflicted injury or illness or any related attempt whether self-inflicted or agreed with other persons even though the covered person has full consciousness or has mental disorders including those accidentally caused by any chemical or toxin substances intake or medicines overdose.

Remarks:

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

Submission of the Proofs of Claim

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

Claim Process

Channel 1 Through the hospital network provider (fax claim or outpatient credit)

Channel 2 Direct billing to LMG

Submit the following documents

1. A completed claim form downloads from LMG website or consult with your agency or broker.
2. A copy of your ID card
3. A copy of the first page of the Insured's bank passbook
4. A medical report stating your symptoms, diagnosis and treatment. For treatment of skin diseases, the name of the prescription is also required.
5. Original receipts containing breakdown of costs
6. Letter of Attorney for Disclosing Medical Report (company form)
7. Laboratory results / X-ray results / Computed tomography (CT scan) results / Magnetic resonance imaging (MRI) results / Biopsy results / Pathology results Picture Take / read X-ray film, CT, MRI (if any)



8. Medical report certified by specialist/eye examination (issued by an ophthalmologist) (if any).
9. A copy of the daily memorandum of the case that has been duly certified by the investigating officer (if any).
10. Other documents up on requested by the company.

Remarks:

- If the policyholder or beneficiary is a minor under 12 years of age and is unable to sign the document, a parent/legal guardian or an authorized representative must sign on their behalf, along with a written statement confirming the relationship and the minor's consent.
- If the document is signed using a fingerprint, two witnesses must sign to verify the fingerprint signature.
- The company reserves the right to withhold payment of the benefit in the event the original signed document cannot be submitted.

Disclaimers

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

Version May 2025

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

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

