



ศรีกรุง
ประกันชีวิตโบรคเกอร์



โหลดเอกสาร

หัวข้อและเนื้อหาการอบรม :

สัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ

- เหมจ่าย Extra
- D Health Plus
- Extra Care
- Extra Care Plus

สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง

- Care Plus
- Co-payment



โครงการเอ็กซ์ตรา แคร์
Extra Care Campaign



mtl | Health

โครงการเอ็กซ์ตรา แคร์ Extra Care Campaign

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์ Extra Care Campaign



จ่ายส่วนเกินให้

ในส่วนที่เกินจากวงเงินของสวัสดิการที่มีอยู่



จ่ายค่ารักษาพยาบาล

สูงสุดถึง 400,000 บาท⁽¹⁾



จ่ายให้อีก สำหรับ ค่าห้อง ค่าอาหาร

ค่าบริการในโรงพยาบาล

สูงถึง 4,000 บาท⁽²⁾ ต่อวัน



กลุ่มอาชีพ 1 และ 2 ทำได้ตั้งแต่อายุ 6 ปี - 90 ปี

กลุ่มอาชีพ 3 ทำได้ตั้งแต่อายุ 11 ปี - 90 ปี

และให้ความคุ้มครองถึงอายุ 99 ปี

หมายเหตุ :

(1) สำหรับแผน 3,4

(2) สำหรับแผน 4

- โครงการเอ็กซ์ตรา แคร์ เป็นชื่อทางการตลาดของสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ (N) ซึ่งเป็นสัญญาประกันภัยสุขภาพแบบมาตรฐานใหม่

- สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ (N) ต้องซื้อแนบท้ายกรมธรรม์ที่มีผลบังคับอยู่

- การพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของบริษัทฯ

- เบี้ยประกันภัย สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์เป็นไปตามที่กรมสรรพากร กำหนด

ตารางความคุ้มครองโดยย่อ

ผลประโยชน์โดยย่อ	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน				
หมวดที่ 1 ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง เมื่อรวมกับการเข้าพักรักษาตัวในห้องพักผู้ป่วยวิกฤติแล้ว ไม่เกิน 120 วัน ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้รับการรักษาในห้องพักผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Inpatient Room) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ให้เป็นจำนวน 2 เท่า ของผลประโยชน์สำหรับค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) สูงสุดไม่เกิน 15 วัน เมื่อรวมกับผลประโยชน์ค่าห้อง และค่าอาหารค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) แล้วไม่เกิน 120 วัน	1,000 บาท ต่อวัน	1,500 บาท ต่อวัน	2,000 บาท ต่อวัน	4,000 บาท ต่อวัน
หมวดที่ 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวดย่อยที่ 2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย			จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์			จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์			จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)	1,000 บาท	1,000 บาท	1,000 บาท	1,000 บาท
หมวดที่ 3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษาต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง สูงสุดไม่เกิน 120 วัน			จ่ายตามจริง	
หมวดที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง				
หมวดย่อยที่ 4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ			จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์ การผ่าตัดและหัตถการ			จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการสำหรับแพทย์ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด)(Doctor fee)			จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมวิสัญญีแพทย์ (Doctor fee)			จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ			จ่ายตามจริง	
หมวดที่ 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)			จ่ายตามจริง	

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

หมวดที่ 6 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรง หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง

หมวดย่อยที่ 6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อน และหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน	ไม่คุ้มครอง
หมวดย่อยที่ 6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้งสำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ภายใน 30 วันหลังจากออกจากการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย)	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมงของการเกิดอุบัติเหตุต่อครั้ง	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 8 ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 9 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 10 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคเนื้องอกหรือโรคมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษาเวชศาสตร์ นิวเคลียร์รักษาต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 12 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	จ่ายตามจริง (แต่ไม่เกินผลประโยชน์ในหมวดที่ 1)
หมวดที่ 13 ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก	ไม่คุ้มครอง

การมีส่วนร่วมจ่าย

ความรับผิดชอบแรก (ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 2 - 5 และ 12	20,000 บาท	30,000 บาท	40,000 บาท	40,000 บาท
ค่าใช้จ่ายร่วม (หลังหักความรับผิดชอบแรก ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 2 - 5 และ 12	ร้อยละ 80 : ร้อยละ 20 (บริษัทประกันภัย : ผู้เอาประกันภัย)			

ผลประโยชน์สูงสุด

ผลประโยชน์หมวดที่ 2 - 5 และ 12 รวมทุกรายการสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง หลังหักความรับผิดชอบแรกและค่าใช้จ่ายร่วม (ถ้ามี)	200,000 บาท	300,000 บาท	400,000 บาท	400,000 บาท
ผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่มี			

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัท ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



ความรับผิดชอบส่วนแรก Deductible คืออะไร ?

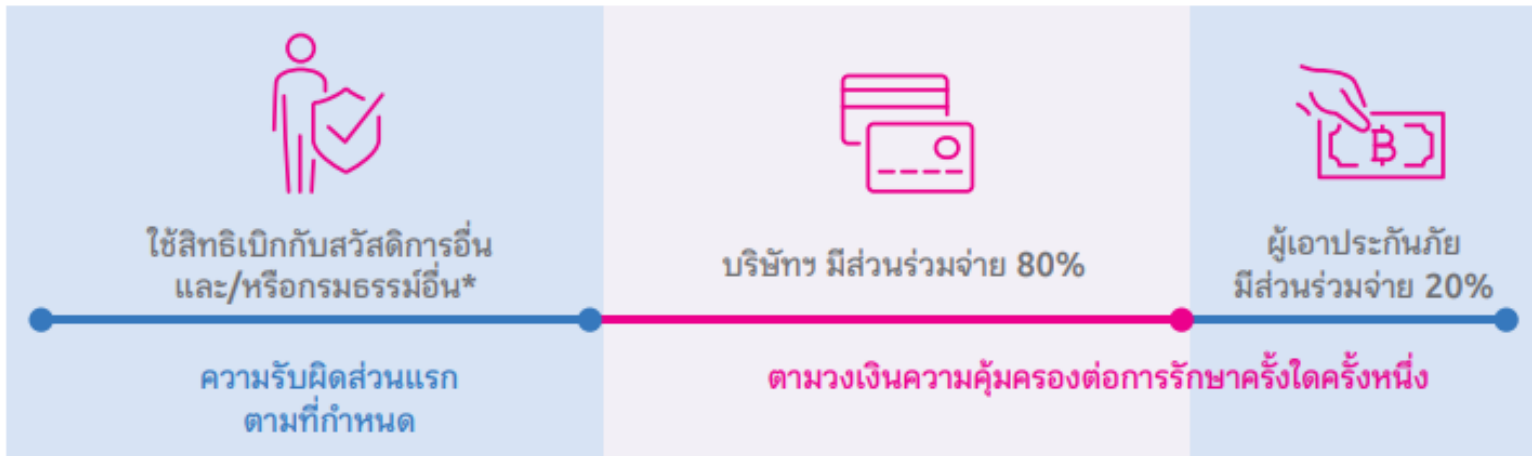
โครงการเอ็กซ์ตรา แคร่ ให้คุณได้รับความคุ้มครอง
ค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย โดยมีความรับผิดชอบส่วนแรกและค่าใช้จ่ายร่วม
ที่ช่วยให้เบียดเบียนน้อยกว่าความคุ้มครองสุขภาพทั่วไป

ความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible) คืออะไร?

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยต้องใช้สิทธิเบิกกับสวัสดิการอื่น และ/หรือกรมธรรม์อื่น*ตามที่กำหนดร่วมกันกับ
บริษัทประกันภัยโดยความเสียหายส่วนที่เกินจากนี้ โครงการเอ็กซ์ตรา แคร่ จะให้ความคุ้มครองแบบค่าใช้จ่ายร่วม

ค่าใช้จ่ายร่วม (Copayment) คืออะไร?

ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลส่วนที่เกินจากจำนวนความรับผิดชอบส่วนแรก ที่บริษัทประกันภัยและผู้เอาประกันภัย
ต้องร่วมรับผิดชอบตามความคุ้มครองของโครงการเอ็กซ์ตรา แคร่



*สำหรับกรณี que ผู้เอาประกันภัยมีสวัสดิการอื่นและ/หรือกรมธรรม์อื่นไม่ว่าจะทำไว้กับบริษัทใด ตามสิทธิ์ที่ผู้เอาประกันภัยมีอยู่แล้ว หากไม่มีผู้เอาประกันภัยจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเอง

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอา
ประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

ตัวอย่าง โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร่ แผน 4 (80:20 D 40,000 R 4,000 L 400,000)

ตัวอย่างที่ คุณเอ อายุ 35 ปี สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ทำงานบริษัทเอกชน

มีสวัสดิการของพนักงานบริษัท ให้ความคุ้มครองค่าห้อง 2,000 บาทต่อวัน ค่าผ่าตัด และรักษาพยาบาลอื่นๆ 40,000 บาทต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง
คุณเอมีอาการผิดปกติของปอดและระบบทางเดินหายใจ ต้องทำการผ่าตัด และนอนโรงพยาบาล 3 คืน ค่าห้อง 6,000 บาท x 3 วัน = 18,000 บาท ค่าผ่าตัด และรักษาพยาบาลอื่นๆ 210,000 บาท รวมทั้งสิ้น 228,000 บาท



ตัวอย่าง กรณี มีความคุ้มครองโครงการเอ็กซ์ตรา แคร่ แผน 4



ค่าห้อง = 12,000

ค่ารักษา 80% = 136,000

ค่ารักษา 20% = 34,000

เบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการบริษัทที่มี (กรณีอื่น)

ค่าห้อง 2,000 บาท x 3 วัน = 6,000 บาท
ค่าผ่าตัด และรักษาพยาบาลอื่นๆ 40,000 บาท

เบิกค่าใช้จ่ายจากโครงการเอ็กซ์ตรา แคร่ แผน 4

ค่าห้อง 4,000 บาท x 3 วัน = 12,000 บาท
ค่าผ่าตัด และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ 170,000 บาท
แต่เนื่องจากมี ค่าใช้จ่ายร่วม (Copayment)
บริษัทประกันภัย : ผู้เอาประกันภัย
ร้อยละ 80 : ร้อยละ 20
คุณเอมีค่าใช้จ่ายรวม 34,000

ตัวอย่าง กรณี ไม่มีความคุ้มครองโครงการเอ็กซ์ตรา แคร่



รับผิดชอบเอง










เบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการบริษัทที่มี

ค่าห้อง 2,000 บาท x 3 วัน = 6,000 บาท
ค่าผ่าตัด และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ 40,000 บาท

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยต้องรับผิดชอบเอง

ค่าห้อง ค่าผ่าตัด และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ 182,000 บาท
(ค่าใช้จ่ายทั้งหมด 228,000 บาท - ส่วนที่เบิกกับบริษัทอื่น 46,000 บาท)

เงื่อนไขการรับประกันภัย โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร่

 อายุที่รับประกันภัย	6 ปี – 90 ปี คุ้มครองถึงอายุ 99 ปี (แต่ไม่เกินความคุ้มครองของกรมธรรม์หลัก)	ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด	ใบคำขอ 
 สิทธิลดหย่อนภาษี	สามารถ ลดหย่อนภาษีได้ ตามที่กรมสรรพากรกำหนด	สามารถชำระด้วยบัตรเครดิตได้	ชำระด้วย บัตรเครดิต 
 การชำระเบี้ย ประกันภัย	รายปี, ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน, รายเดือน	การตรวจสอบสุขภาพเป็นไปตามระเบียบ การตรวจสอบสุขภาพของแบบประกันภัยหลัก	การตรวจสอบสุขภาพ 
 จำนวนเงิน เอาประกันภัยหลักขั้นต่ำ	ทุนประกันขั้นต่ำของกรมธรรม์หลัก 50,000 (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทุนประกันขั้นต่ำของแต่ละแบบประกัน)	สามารถซื้อได้มากกว่า 1 สัญญา*	เกณฑ์การซื้อ 
 เงื่อนไขอื่นๆ	สำหรับเด็กอายุ 6 ปี – 10 ปี ต้องซื้อพร้อมกรมธรรม์ประกันชีวิตของบิดามารดาโดยที่ กรมธรรม์ประกันชีวิตของบิดาหรือมารดาจะต้องแนบสัญญาเพิ่มเติมประกันภัยสุขภาพอย่างน้อย 1 ฉบับ		

ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting period)

- (ก) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน นับตั้งแต่ วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้าย แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นหลังสุด หรือ
- (ข) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน นับตั้งแต่ วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้าย แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นหลังสุด ที่เกิดจากโรคหรือภาวะผิดปกติ(รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) ดังต่อไปนี้

1. เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด	2. ริดสีดวงทวาร	3. ไล่เลื่อนทุกชนิด	4. ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก
5. การตัดทอนซิล หรือ扁桃腺	6. นิ้วทุกชนิด	7. เส้นเลือดขอตที่ขา	8. เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



โครงการเอ็กซ์ตรา แคร่ พลัส Extra Care Plus Campaign

ความคุ้มครองสุขภาพให้คุณได้มากกว่า
Top up สวัสดิการหรือประกันสุขภาพที่มี



ระยะเวลารอคอย สุขภาพ : 30 วัน
อุบัติเหตุ : ไม่มี

โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร่ พลัส Extra Care Plus Campaign

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัท ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์ พลัส Extra Care Plus Campaign

การเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่อยากจะเกิดขึ้นทั้งกับตนเอง และคนที่คุณรัก
ทุกวันนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็เพิ่มขึ้น คุณจะทำอะไรเมื่อสวัสดิการที่มีไม่เพียงพอ?



ช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ส่วนเกินสิทธิ



คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล
ผู้ป่วยในแบบเหมาจ่าย



ค่าห้องสูงสุด
ถึง 4,000 บาท⁽¹⁾



วงเงินความคุ้มครองสูงสุด
500,000 บาท⁽¹⁾
ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง



เบี้ยประกันภัยไม่แพงเริ่มต้น
285 บาทต่อเดือน⁽²⁾



เบี้ยประกันภัยสามารถนำไปใช้
สิทธิหักลดหย่อนภาษีได้

หมายเหตุ :

(1) สำหรับแผน 3 โดยมีความรับผิดชอบส่วนแรก 20,000 บาท ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง

(2) สำหรับแผน 1 ผู้เอาประกันภัย อายุ 11-20 ปี สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

- โครงการเอ็กซ์ตรา แคร์ พลัส เป็นชื่อทางการตลาดของสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ (N) ซึ่งเป็นสัญญาประกันภัยสุขภาพแบบมาตรฐานใหม่
- สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ (N) ต้องซื้อแนบท้ายกรมธรรม์ที่มีผลบังคับอยู่
- การพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของบริษัทฯ
- เบี้ยประกันภัย สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์เป็นไปตามที่กรมสรรพากร กำหนด

ตารางความคุ้มครองโดยย่อ

ผลประโยชน์โดยย่อ	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน			
หมวดที่ 1 ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง เมื่อรวมกับการเข้าพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยวิกฤติแล้ว ไม่เกิน 120 วัน ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Inpatient Room) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ให้เป็นจำนวน 2 เท่า ของผลประโยชน์สำหรับค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) สูงสุดไม่เกิน 15 วัน เมื่อรวมกับผลประโยชน์ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) แล้วไม่เกิน 120 วัน	2,000 บาท ต่อวัน	4,000 บาท ต่อวัน	4,000 บาท ต่อวัน
หมวดที่ 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวดย่อยที่ 2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย		จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์		จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์		จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)	1,000 บาท	1,000 บาท	1,000 บาท
หมวดที่ 3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษาต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง สูงสุดไม่เกิน 120 วัน		จ่ายตามจริง	
หมวดที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวดย่อยที่ 4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ		จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์ การผ่าตัดและหัตถการ		จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการสำหรับแพทย์ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor fee)		จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมวิสัญญีแพทย์ (Doctor fee)		จ่ายตามจริง	
หมวดย่อยที่ 4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ		จ่ายตามจริง	
หมวดที่ 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)		จ่ายตามจริง	

2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

หมวดที่ 6 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรง หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง

หมวดย่อยที่ 6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน	ไม่คุ้มครอง
หมวดย่อยที่ 6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้งสำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องภายใน 30 วันหลังจากออกจากการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย)	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมงของการเกิดอุบัติเหตุต่อครั้ง	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 8 ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 9 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 10 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคเนื้องอกหรือโรคมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษาเวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษาต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 12 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	จ่ายตามจริง (แต่ไม่เกินผลประโยชน์ในหมวดที่ 1)
หมวดที่ 13 ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก	ไม่คุ้มครอง

การมีส่วนร่วมจ่าย

ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 2 – 5 และ 12	20,000 บาท	20,000 บาท	20,000 บาท
ค่าใช้จ่ายร่วม (หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 2 – 5 และ 12	ร้อยละ 100 : ร้อยละ 0 (บริษัทประกันภัย : ผู้เอาประกันภัย)		

ผลประโยชน์สูงสุด

ผลประโยชน์หมวดที่ 2 – 5 และ 12 รวมทุกรายการสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก และค่าใช้จ่ายร่วม (ถ้ามี)	200,000 บาท	200,000 บาท	500,000 บาท
ผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่มี		

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

เงื่อนไขการรับประกันภัย **โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร่ พลัส**

อายุรับประกันภัย	รับประกันภัยตั้งแต่อายุ 11 ปี - 90 ปี ต่ออายุถึงอายุ 98 ปี
ระยะเวลาคุ้มครอง	ถึงอายุ 99 ปี หรือจนกระทั่งแบบประกันภัยหลักสิ้นผลบังคับ
การตรวจสอบสุขภาพ	เป็นไปตามเกณฑ์ที่บริษัทฯ กำหนด

ข้อยกเว้นความคุ้มครองโครงการเอ็กซ์ตรา แคร่ พลัส (แบบมาตรฐานใหม่) มีทั้งหมด 21 ข้อ เช่น

ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลหรือความเสียหายที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการหรือภาวะความผิดปกติที่เกิดจาก

- การตรวจรักษาหรือการผ่าตัดเพื่อเสริมสวย หรือการแก้ไขปัญหามิวพรธณ สีว ผิา กระ รังแค ผมร่วงหรือการควบคุมน้ำหนักตัว การผ่าตัดที่สามารถทดแทนด้วยการรักษาแนวทางอื่น เว้นแต่เป็นการตกแต่งบาดแผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครอง
- การตรวจสุขภาพ การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือร้องขอการผ่าตัด การพักฟื้น หรือการพักเพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉย ๆ หรือการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้มีผู้ช่วยดูแลทั่วไป การตรวจหรือการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การบาดเจ็บหรือการป่วย การรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ ซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์
- การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิก ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็นหรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็น
- การรักษาหรือการบำบัดการติดยาเสพติดให้โทษ บุหรี่ สุรา หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
- การตรวจรักษาที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting period)

(ก) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน นับตั้งแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้ายแล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นหลังสุด

(ข) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้าย

แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นหลังสุด ที่เกิดจากโรคหรือภาวะผิดปกติ (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) ดังต่อไปนี้

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--------------------|-----------------------------|
| 1.เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด | 2.ริดสีดวงทวาร | 3.ไส้เลื่อนทุกชนิด | 4.ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก |
| 5.การตัดทอนซิล หรือ扁桃腺 | 6.นิ่วทุกชนิด | 7.เส้นเลือดขดที่ขา | 8.เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ |

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์ แตกต่างจาก โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์ พลัส อย่างไร

โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์

หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก
ส่วนที่เหลือหลังหักต้องจ่ายเองอีก **20%**

ตัวอย่าง โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์ แผน 1 และ

$$\begin{array}{l} \text{ค่ารักษาพยาบาล} \\ 40,000 \end{array} - \begin{array}{l} \text{ความรับผิดชอบ} \\ \text{ส่วนแรก} \\ 20,000 \end{array} = \mathbf{20,000}$$

$$\mathbf{20,000} \times 20\% = \mathbf{4,000}$$

บริษัทฯ จ่าย = **16,000**

ลูกค้าต้องจ่ายเพิ่ม = **4,000**

โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์ พลัส

หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก
ไม่ต้องจ่ายเพิ่มอีก

โครงการ เอ็กซ์ตรา แคร์ พลัส แผน 1

$$\begin{array}{l} \text{ค่ารักษาพยาบาล} \\ 40,000 \end{array} - \begin{array}{l} \text{ความรับผิดชอบ} \\ \text{ส่วนแรก} \\ 20,000 \end{array} = \mathbf{20,000}$$

ไม่มี Copay

บริษัทฯ จ่าย = **20,000**

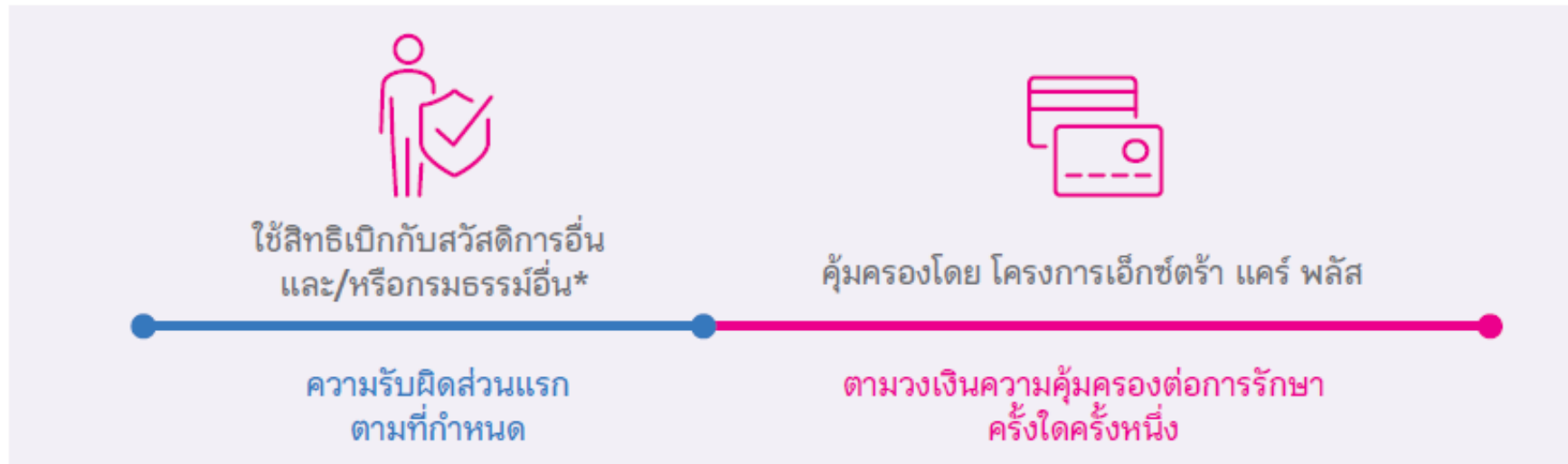
ลูกค้าต้องจ่ายเพิ่ม = **0**

ความรับผิดชอบส่วนแรก Deductible คืออะไร ?

โครงการเอ็กซ์ตรา แคร์ พลัส ช่วยเติมเต็มค่ารักษาพยาบาล
ที่ให้คุณได้รับความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย
โดยมีความรับผิดชอบส่วนแรกที่ช่วยให้เบี้ยประกันภัยถูกกว่าความคุ้มครองสุขภาพทั่วไป

ความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible) คืออะไร?

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยต้องใช้สิทธิเบิกกับสวัสดิการอื่น และ/หรือกรมธรรม์อื่น* ตามที่กำหนดร่วมกับบริษัทประกันภัย
โดยความเสียหายส่วนที่เกินจากนี้ โครงการเอ็กซ์ตรา แคร์ พลัส จะให้ความคุ้มครอง



โครงการhemajay เอ็กซ์ตรา Mao Chai Extra Campaign

ความคุ้มครองสุขภาพที่hemajay คอยกังวลเรื่องค่ารักษา
แบบไปทุกเวลา...แม้ไม่มีสวัสดิการ



โครงการ hemajay เอ็กซ์ตรา Mao Chai Extra Campaign

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัท ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



โครงการ เหม่าจ่าย เอ็กซ์ตรา



แฮปปี้...แม้ไม่มีสวัสดิการ
คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในแบบเหม่าจ่าย



เหม่าครอบคลุม

ทั้งกรณีเจ็บป่วยและกรณีผ่าตัด



เหม่าจัดเต็ม

รับเพิ่มค่าห้องไม่นับรวม
ในวงเงิน สูงสุด **4,000 บาทต่อวัน**⁽²⁾
ค่าห้อง ICU เพิ่มอีกเป็น 2 เท่า



เหม่าคุ้มค่า

เบี้ยประกันภัยสามารถนำไปใช้
สิทธิหักลดหย่อนภาษีได้



เหม่าจ่ายตั้งแต่บาทแรก

สูงสุด **500,000 บาท**
ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง⁽¹⁾



เหม่าถูกใจ

เบี้ยประกันภัยไม่แพง
เริ่มต้นหลักร้อยต่อเดือน⁽³⁾

หมายเหตุ :

(1) สำหรับแผน 3

(2) สำหรับ แผน 2 และ 3

(3) สำหรับ ผู้เอาประกันภัย อายุ 11-20 ปี สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

- โครงการเหม่าจ่าย เอ็กซ์ตรา เป็นชื่อทางการตลาดของสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ (N) ซึ่งเป็นสัญญาประกันภัยสุขภาพแบบมาตรฐานใหม่

- สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ (N) ต้องซื้อแนบท้ายกรมธรรม์ที่มีผลบังคับอยู่

- การพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของบริษัทฯ

- เบี้ยประกันภัย สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์เป็นไปตามที่กรมสรรพากร กำหนด



ตารางผลประโยชน์โดยย่อ โครงการ เหม่าจ่าย เอ็กซ์ตรา

ผลประโยชน์โดยย่อ	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน			
หมวดที่ 1 ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง เมื่อรวมกับการเข้าพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยวิกฤติแล้ว ไม่เกิน 120 วัน ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Inpatient Room) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ให้เป็นจำนวน 2 เท่า ของผลประโยชน์สำหรับค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) สูงสุดไม่เกิน 15 วัน เมื่อรวมกับผลประโยชน์ค่าห้อง และค่าอาหารค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) แล้วไม่เกิน 120 วัน	2,000 บาท ต่อวัน	4,000 บาท ต่อวัน	4,000 บาท ต่อวัน
หมวดที่ 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
หมวดย่อยที่ 2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย	จ่ายตามจริง		
หมวดย่อยที่ 2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์	จ่ายตามจริง		
หมวดย่อยที่ 2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์	จ่ายตามจริง		
หมวดย่อยที่ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)	1,000 บาท	1,000 บาท	1,000 บาท
หมวดที่ 3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษาต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง สูงสุดไม่เกิน 120 วัน			
จ่ายตามจริง			
หมวดที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง			
จ่ายตามจริง			
หมวดย่อยที่ 4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ	จ่ายตามจริง		
หมวดย่อยที่ 4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์ และค่าอุปกรณ์ การผ่าตัดและหัตถการ	จ่ายตามจริง		
หมวดย่อยที่ 4.3 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการสำหรับแพทย์ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor fee)	จ่ายตามจริง		
หมวดย่อยที่ 4.4 ค่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมวิสัญญีแพทย์ (Doctor fee)	จ่ายตามจริง		
หมวดย่อยที่ 4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ	จ่ายตามจริง		
หมวดที่ 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)			
จ่ายตามจริง			

ตารางผลประโยชน์โดยย่อ โครงการ เหมจ่าย เอ็กซ์ตรา

2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

หมวดที่ 6 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง

หมวดย่อยที่ 6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน	ไม่คุ้มครอง
หมวดย่อยที่ 6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้งสำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องภายใน 30 วันหลังจากออกจากการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย)	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บ กรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมงของการเกิดอุบัติเหตุต่อครั้ง	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 8 ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 9 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 10 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคเนื้องอกหรือโรคมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 12 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน	จ่ายตามจริง (แต่ไม่เกินผลประโยชน์ในหมวดที่ 1)
หมวดที่ 13 ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก	ไม่คุ้มครอง

การมีส่วนร่วมจ่าย

ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 2 – 5 และ 12	0 บาท	0 บาท	0 บาท
ค่าใช้จ่ายร่วม (หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 2 – 5 และ 12	ร้อยละ 100 : ร้อยละ 0 (บริษัทประกันภัย : ผู้เอาประกันภัย)		

ผลประโยชน์สูงสุด

ผลประโยชน์หมวดที่ 2 – 5 และ 12 รวมทุกรายการสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก และค่าใช้จ่ายร่วม (ถ้ามี)	200,000 บาท	200,000 บาท	500,000 บาท
ผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่มี		

ตัวอย่างความคุ้มครอง โครงการเหมาจ่าย เอ็กซ์ตรา

ตัวอย่างความคุ้มครอง

คุณพี อายุ 35 ปี สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ เป็น Freelance

เลือกความคุ้มครอง โครงการเหมาจ่าย เอ็กซ์ตรา แผน 1 บริษัทให้คุ้มครองสูงสุด



- ส่วนที่ 1 ค่าห้อง 270,000 บาท
ค่าห้อง 2,000 บาท x สูงสุด 120 วัน
ค่าห้อง ICU 4,000 บาท x สูงสุด 15 วัน
 - ส่วนที่ 2 ค่าผ่าตัดและค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ 200,000 บาท
- รวมกันสูงสุด ไม่เกิน 120 วัน

เหมาจ่ายสูงสุด
470,000 บาท
ต่อการเข้าพักรักษาตัว
ครั้งใดครั้งหนึ่ง

คุณพล อายุ 61 ปี สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ เป็น พนักงานเกษียณ

เลือกความคุ้มครอง โครงการเหมาจ่าย เอ็กซ์ตรา แผน 3 บริษัทให้คุ้มครองสูงสุด



- ส่วนที่ 1 ค่าห้อง 540,000 บาท
ค่าห้อง 4,000 บาท x สูงสุด 120 วัน
ค่าห้อง ICU 8,000 บาท x สูงสุด 15 วัน
 - ส่วนที่ 2 ค่าผ่าตัดและค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ 500,000 บาท
- รวมกันสูงสุด ไม่เกิน 120 วัน

เหมาจ่ายสูงสุด
1,040,000 บาท
ต่อการเข้าพักรักษาตัว
ครั้งใดครั้งหนึ่ง

เงื่อนไขการรับประกันภัย โครงการเหมาจ่าย เอ็กซ์ตรา

 อายุที่รับประกันภัย	11 – 90 ปี คุ้มครองถึงอายุ 99 ปี <small>(แต่ไม่เกินความคุ้มครองของกรมธรรม์หลัก)</small>	รายปี, ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน, รายเดือน	การชำระเบี้ย ประกันภัย 
 การตรวจสอบสุขภาพ	การตรวจสอบสุขภาพเป็นไปตามระเบียบการ ตรวจสอบสุขภาพของแบบประกันภัยหลัก	สามารถชำระเบี้ยด้วยบัตรเครดิตได้	การชำระด้วย บัตรเครดิต 
 การลดหย่อนภาษี	สามารถ ลดหย่อนภาษีได้ ตามที่กรมสรรพากรกำหนด	ใบคำขอชนิด มีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด	ใบคำขอ 
 ทุนประกันขั้นต่ำ เกณฑ์การซื้อ	ทุนประกันขั้นต่ำของกรมธรรม์หลัก 50,000 บาท <small>(ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทุนประกันขั้นต่ำของแต่ละแบบประกัน)</small>	สามารถซื้อได้มากกว่า 1 สัญญา*	เงื่อนไขอื่นๆ 

ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting period)

(ก) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน นับตั้งแต่ วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้าย แล้วแต่กรณีใด จะเกิดขึ้นหลังสุด หรือ

(ข) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน นับตั้งแต่ วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้าย แล้วแต่กรณีใด จะเกิดขึ้นหลังสุด ที่เกิดจากโรคหรือภาวะผิดปกติ(รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) ดังต่อไปนี้

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------|--------------------------------|
| 1. เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด | 2. ริดสีดวงทวาร | 3. ไล่เลื้อนทุกชนิด | 4. ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก |
| 5. การตัดทอนซิล หรือ扁桃腺 | 6. นิ้วทุกชนิด | 7. เส้นเลือดขดที่ขา | 8. เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ |

ตัวอย่างอัตราเบี้ยประกันภัย โครงการ เหม่าจ่าย เอ็กซ์ตรา

ตัวอย่างเบี้ยประกันภัย กลุ่มอาชีพ 1 และ 2 (รายปี)

อายุ (ปี)	แผน 1		แผน 2		แผน 3	
	แบบ 100:0 D0 R2,000 L200,000		แบบ 100:0 D0 R4,000 L200,000		แบบ 100:0 D0 R4,000 L500,000	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
11-20	8,434	7,943	10,050	9,663	10,364	9,949
21-30	10,512	12,800	12,169	15,000	12,317	15,265
31-35	11,500	12,800	13,200	15,000	13,485	15,265
36-40	12,990	14,217	15,300	16,850	15,700	17,335
41-45	14,000	16,701	16,600	19,300	17,200	19,858
46-50	16,400	19,242	18,764	22,460	19,449	23,350
51-55	20,670	22,796	23,661	26,510	24,535	26,929
56-60	29,000	23,147	32,505	26,637	33,280	27,563
61-65	33,941	32,127	37,719	36,875	39,800	38,278
66-70	36,200	33,495	40,712	39,319	44,100	43,700
71-75	69,200	59,100	75,700	68,000	78,546	70,275
76-80*	123,500	10,5500	135,100	121,400	140,234	125,461

หมายเหตุ เบี้ยประกันภัยที่แสดงนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเท่านั้นซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยทุกแบบต้องเป็นไปตามหลักคณิตศาสตร์ประกันภัยและได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียนประกันชีวิต โดยองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดอัตราเบี้ยประกันภัย คือ อายุ ชั้นอาชีพของแต่ละบุคคล ประสบการณ์การจ่ายสินไหมทดแทนของบริษัท เป็นต้น สำหรับสัญญาเพิ่มเติมกลุ่มค่ารักษาพยาบาลอาจมีปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น หรือจากประสบการณ์การจ่ายค่าสินไหมทดแทนโดยรวมของพอร์ตโฟลิโอ (Portfolio) หรือประสบการณ์การจ่ายค่าสินไหมทดแทนของผู้เอาประกันภัยแต่ละราย

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์





D Health+Plus

ความคุ้มครองสุขภาพ ดี เฮลท์ พลัส



เก็ทง่าย จ่ายเต็มแม็กซ์

เลือก **พลัสความคุ้มครอง**
ได้ตรงใจคุณ



พื้นที่ประเทศไทยเท่านั้น

คุ้มครองเหมาจ่าย
สูงถึง 5 ล้านบาท*
ต่อการเข้าพักรักษาตัว
ครั้งใดครั้งหนึ่ง

คุ้มครองตอนแอดมิท
รวมถึงการรักษาฟื้นฟู
ต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยนอก
ทั้งค่าห้องเดี่ยวมาตรฐาน
ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู)
ค่าหมอ ค่ายา ค่าตรวจ ค่าผ่าตัด
ค่ากายภาพบำบัด

คุ้มครองค่ารักษา
กรณีผู้ป่วยนอก OPD
ทั้งการผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดเล็ก
และการรักษากรณีอุบัติเหตุ
ภายใน 24 ชั่วโมง



สมัครได้ตั้งแต่อายุ 11-90 ปี
ดูแลยาวถึงอายุ 99 ปี



คุ้มครองเต็มแม็กซ์
ทั้งโรคมะเร็ง โรคไต โรคร้ายแรง โรคทั่วไป โรคระบาด และอุบัติเหตุ



นอนห้องเดี่ยวมาตรฐาน
ได้ทุกโรงพยาบาล



โหวแคโชน เลือกจ่ายแค่นั้น
ด้วยการเลือกแผนความคุ้มครองเหมาจ่ายตั้งแต่บาทแรก หรือ
เลือกกำหนดความรับผิดชอบแรกเพื่อลดค่าเบี้ยประกันภัยให้ถูกลง



เลือกปรับได้ตรงใจ
เมื่อถึงวัยเกษียณ ให้สิทธิ์เลือกปรับลดความรับผิดชอบแรก
รับความคุ้มครองเพิ่มขึ้นโดยไม่ต้องแถลงสุขภาพใหม่



เลือกพลัสความคุ้มครองเสริมได้ตามต้องการ
ความคุ้มครอง แคร์ พลัส (Care Plus), การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD),
การคลอดบุตร พลัส (Maternity Plus) หรือ สุขภาพดี พลัส (Well-Being Plus)

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอา
ประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



D Health Plus

ผลประโยชน์โดยย่อ	แผน 1 ล้านบาท	แผน 5 ล้านบาท
1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน		
หมวดที่ 1 ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง ผลประโยชน์หมวดย่อยที่ 1.1 และ 1.2 รวมสูงสุดไม่เกิน 180 วัน		
หมวดย่อยที่ 1.1 ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง		จ่ายตามจริง (แต่รวมทุกรายการแล้วไม่เกินค่าห้องพักเตียงราคาเริ่มต้นของโรงพยาบาล)
หมวดย่อยที่ 1.2 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Inpatient Room) จะจ่ายค่าห้อง และค่าอาหาร รวมถึงค่าบริการในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง สูงสุดไม่เกิน 60 วัน		จ่ายตามจริง
หมวดที่ 2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง		
หมวดย่อยที่ 2.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 2.2 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 2.3 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 2.4 ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน (สูงสุดไม่เกิน 7 วัน)		20,000 บาท

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัท ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



D Health Plus

ผลประโยชน์โดยย่อ	แผน 1 ล้านบาท	แผน 5 ล้านบาท
1. ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน		
หมวดที่ 3 ค่าผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษาต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (สูงสุดไม่เกิน 180 วัน)		จ่ายตามจริง
หมวดที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง		
หมวดย่อยที่ 4.1 ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องทำหัตถการ		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.2 ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด ค่าเวชภัณฑ์และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดและหัตถการ		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.3 ค่าผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ทำศัลยกรรมและหัตถการ สำหรับแพทย์ทำศัลยกรรม และหัตถการ (รวมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด) (Doctor fee)		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.4 ค่าผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม วิชาญีแพทย์ (Doctor fee)		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 4.5 ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ		จ่ายตามจริง
หมวดที่ 5 การผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery)		จ่ายตามจริง

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัท ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



D Health Plus

ผลประโยชน์โดยย่อ	แผน 1 ล้านบาท	แผน 5 ล้านบาท
2. ผลประโยชน์กรณีไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน		
หมวดที่ 6 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง		
หมวดย่อยที่ 6.1 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกิดขึ้นภายใน 30 วันก่อนและหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน		จ่ายตามจริง
หมวดย่อยที่ 6.2 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต่อครั้ง สำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ภายใน 30 วัน หลังจากออกจากการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น (ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย)		จ่ายตามจริง
ไม่ต้องสำรองจ่าย หมวดที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลการบาดเจ็บกรณีผู้ป่วยนอก ภายใน 24 ชั่วโมงของการเกิดอุบัติเหตุต่อครั้ง		จ่ายตามจริง
หมวดที่ 8 ค่าเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แต่ละครั้งต่อการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง		จ่ายตามจริง
หมวดที่ 9 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการล้างไตผ่านทางเส้นเลือด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย		ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 10 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคเนื้องอกหรือมะเร็ง โดยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย		ไม่คุ้มครอง
หมวดที่ 11 ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยเคมีบำบัด ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย		ไม่คุ้มครอง
ไม่ต้องสำรองจ่าย หมวดที่ 12 ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน		จ่ายตามจริง
ไม่ต้องสำรองจ่าย หมวดที่ 13 ค่ารักษาพยาบาล โดยการผ่าตัดเล็ก		จ่ายตามจริง

D Health Plus

ผลประโยชน์โดยย่อ	แผน 1 ล้านบาท			แผน 5 ล้านบาท			
การมีส่วนร่วมจ่าย							
ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 1 – 8 และ 12 – 13	0 บาท	20,000 บาท	50,000 บาท	0 บาท	30,000 บาท	50,000 บาท	100,000 บาท
ค่าใช้จ่ายร่วม (หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) สำหรับผลประโยชน์ในหมวดที่ 1 – 8 และ 12 – 13	ไม่มี						
ผลประโยชน์สูงสุด							
ผลประโยชน์หมวดที่ 1 – 8 และ 12 – 13 รวมทุกรายการสูงสุด ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง หลังหักความรับผิดชอบส่วนแรก และค่าใช้จ่ายร่วม (ถ้ามี)	1,000,000 บาท			5,000,000 บาท			
ผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	ไม่มี						

หมายเหตุ : อาณาเขตความคุ้มครองสำหรับสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแบบ ดี เฮลท์ พลัส (D Health Plus) มีอาณาเขตความคุ้มครองเฉพาะประเทศไทย

สัญญาเพิ่มเติมนี้จะให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม กรณีการรักษาพยาบาลเกิดขึ้นนอกอาณาเขตประเทศไทย บริษัทจะให้ความคุ้มครองตามที่ระบุในตารางผลประโยชน์ในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) การบาดเจ็บทางร่างกายจากอุบัติเหตุ
- 2) การป่วย เฉพาะเป็นกรณีฉุกเฉินในต่างประเทศตามคำนิยามที่ระบุไว้ในบันทึกสลักหลังนี้

ทั้งนี้ ทั้งสองกรณีข้างต้น วันที่เริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในต่างประเทศ ต้องอยู่ภายใน 90 วันแรกของการเดินทางออกนอกอาณาเขตประเทศไทยแต่ละครั้ง โดยบริษัทจะคุ้มครองสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ในประเทศนั้น ๆ

D Health+Plus ดีเหมาะกับใคร?

ทำอาชีพอิสระ : ไม่มีสวัสดิการ

เลือกซื้อ D Health Plus แผน 5 ล้านบาท ไม่มี ความรับผิดชอบแรก

เพศชาย อายุ 35 เบี้ยประกันภัยต่อปี **22,109 บาท**



เจ็บป่วย
(นอนห้องเดี่ยวมาตรฐาน)
มีค่าใช้จ่าย
ในการรักษาตัว
200,000 บาท

D Health Plus
จ่ายให้ตั้งแต่บาทแรก ▶
200,000 บาท **5,000,000 บาท**

ผลประโยชน์สูงสุด

รับความคุ้มครอง
ไปเต็มๆ

มนุษย์เงินเดือน : มีสวัสดิการอยู่แล้ว **30,000 บาท**

เลือกซื้อ D Health Plus แผน 5 ล้านบาท มี ความรับผิดชอบแรก 30,000 บาท

เพศชาย อายุ 35 เบี้ยประกันภัยต่อปี **12,423 บาท**



เจ็บป่วย
(นอนห้องเดี่ยวมาตรฐาน)
มีค่าใช้จ่าย
ในการรักษาตัว
200,000 บาท

เบิก
สวัสดิการที่มี
30,000 บาท

D Health Plus
จ่ายให้จากส่วนเกิน ▶
170,000 บาท **5,000,000 บาท**

ผลประโยชน์สูงสุด

เบี้ยถูกลง
ไม่ต้องจ่ายเบี้ย
ซ้ำซ้อน

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

ดีที่ได้เลือก เลือกรับความคุ้มครองให้เหมาะกับคุณ

(หน่วยเป็นบาท)

ความคุ้มครอง (ต่อการเข้าพักรักษาตัว ครั้งใดครั้งหนึ่ง)	แผน 1 ล้านบาท			แผน 5 ล้านบาท			
ผลประโยชน์สูงสุด (Limit)	1,000,000			5,000,000			
ความรับผิดชอบแรก (Deductible)	ไม่มี	20,000	50,000	ไม่มี	30,000	50,000	100,000
<u>ตัวอย่าง</u> เบี้ยประกันภัยต่อปี สำหรับเพศชาย อายุ 35 ปี	21,548	14,290	9,343	22,109	12,423	10,496	4,523
<u>ตัวอย่าง</u> เบี้ยประกันภัยต่อปี สำหรับเพศหญิง อายุ 35 ปี	22,894	16,611	9,629	23,492	13,633	10,816	4,684

การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง (Per Confinement) หมายถึง การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ในโรงพยาบาล แต่ละครั้ง และให้รวมถึง การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ ที่ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (Day Surgery) ในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะครั้งก็ตาม ด้วยเหตุจากการบาดเจ็บหรือการป่วยเดียวกัน และยังรักษาไม่หาย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง หรือต่อเนื่องกัน ทั้งนี้ ภายในระยะเวลา 90 วัน นับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าพักรักษาตัวครั้งเดียวกันด้วย

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าจะส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



สิทธิในการเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (Convertible Option)

||| D Health Plus + Convertible Option

Convertible Option คืออะไร ?

ทางเลือกสำหรับลูกค้าในการ **ลด** ความรับผิดชอบแรก (ความคุ้มครองเพิ่มขึ้น)

โดยได้สิทธิพิเศษดังนี้

- » ไม่พิจารณารับประกันภัยใหม่ (ลูกค้าไม่ต้องแถลงสุขภาพใหม่)
- » ไม่มีการนับ Waiting period ใหม่
- » ไม่บังคับใช้ Pre-existing condition ตามแผนความคุ้มครองใหม่



ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

ตัวอย่าง การเลือกปรับแผนตามช่วงอายุ

มนุษย์เงินเดือนวางแผนได้อย่างเหมาะสมในทุกช่วงชีวิต แผนคุณจะไม่สะดุดเพราะเราให้ความคุ้มครองอย่างต่อเนื่อง

ตอนอายุ **35 ปี** ในช่วงวัยทำงาน **มี**สวัสดิการช่วยจ่าย



เลือกแผน

แบบ**มี**ความรับผิดชอบแรก

สวัสดิการ

ความคุ้มครอง
(ในช่วงอายุ 35-54 ปี)

เพื่อให้เบี้ยถูกลง ไม่ต้องจ่ายเบี้ยซ้ำซ้อน

ตอนอายุ **55 ปี** ในช่วงวัยเกษียณ **ไม่มี**สวัสดิการช่วยจ่าย



ใช้สิทธิ **Convertible Option**

เลือกแผน (ตามหลักเกณฑ์การปรับลด)

แบบ**ไม่มี**ความรับผิดชอบแรก

แบบ**ลด**ความรับผิดชอบแรกให้น้อยลง

ความคุ้มครอง
(ในช่วงอายุ 55-99 ปี)

เพื่อให้สอดคล้องกับสวัสดิการที่เปลี่ยนแปลงไป

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

Convertible Option

หลักเกณฑ์

1. ผู้เอาประกันภัยจะต้องถือ **ดี เฮลท์ (D Health) หรือ ดี เฮลท์ พลัส (D Health Plus)** แผนปัจจุบันก่อนใช้สิทธิในการเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (Convertible Option) ต่อเนื่องมาอย่างน้อย 5 ปี
2. ช่วงอายุของผู้เอาประกันภัยที่สามารถแจ้งใช้สิทธิในการเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง ได้ มีดังต่อไปนี้
- ช่วงอายุที่ 1 : อายุ 11 ปี ถึง 15 ปี - ช่วงอายุที่ 2 : อายุ 55 ปี ถึง 65 ปี
3. เมื่อมีการใช้สิทธิในการเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (Convertible Option) แผนความคุ้มครองใหม่ **จะต้องเป็นสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยตามเกณฑ์ที่บริษัทกำหนดในตารางด้านล่าง และต้องแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมที่แผนความคุ้มครองปัจจุบันแนบท้ายอยู่ และผู้เอาประกันภัยสามารถใช้สิทธินี้ได้ช่วงอายุละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัยของกรมธรรม์** ฉะนั้น หากต้องการใช้สิทธิดังกล่าว ผู้เอาประกันภัยต้องเลือกแบบประกันภัยหลักที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถใช้สิทธินี้ได้

สัญญาเพิ่มเติมก่อนเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (แผนปัจจุบัน)	สัญญาเพิ่มเติมหลังใช้สิทธิเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (แผนใหม่)*
สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ (D Health)	สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ (เอ็น) (D Health (N)) ใช้เพื่อการรองรับเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (Convertible Option) เท่านั้น
สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ พลัส (D Health Plus)	สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ พลัส (D Health Plus)

*หมายเหตุ : แผนความคุ้มครองหลังใช้สิทธิจะเป็นไปตามแผนความคุ้มครองที่บริษัท เปิดขายอยู่ ณ ขณะนั้น ซึ่งรายละเอียดจะเป็นไปตามที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและ

ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) กำหนด

สัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ D Health ได้มีการปรับตามมาตรฐาน NEW HEALTH STANDARD (NHS) ในชื่อ สัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ D Health (N)

ใช้เพื่อการรองรับเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (Convertible Option) เท่านั้น

Convertible Option

หลักเกณฑ์

4. การปรับลดค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible) จากแผนปัจจุบันไปเป็นแผนใหม่มีเงื่อนไขตามตารางด้านล่างนี้

ค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible) ก่อนเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (แผนปัจจุบัน)	ค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible) ขั้นต่ำ หลังใช้สิทธิเปลี่ยนแผน ความคุ้มครอง (แผนใหม่)
100,000 บาท	30,000 บาท
50,000 บาท	20,000 บาท
30,000 บาท	0 บาท
20,000 บาท	0 บาท

หมายเหตุ: - หากต้องการใช้สิทธิดังกล่าว ผู้เอาประกันภัยต้องเลือกแบบประกันหลักที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถใช้สิทธินี้ได้

- สัญญาเพิ่มเติม/แผนความคุ้มครองหลังใช้สิทธิจะเป็นไปตามแผนความคุ้มครองที่บริษัทฯ เปิดขายอยู่ ณ ขณะนั้น ซึ่งรายละเอียดจะเป็นไปตามที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) กำหนด

- ผลประโยชน์ในการขายในแผนความคุ้มครองใหม่หลังจากใช้สิทธิในการเปลี่ยนแผนความคุ้มครอง (Convertible Option) เป็นไปตามปีกรรมธรรม์ของแผนความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ (D Health) หรือ สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ (N) หรือ สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ พลัส ฉบับเดิม

ข้อควรระวังของสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ

ผลประโยชน์	ระยะรอคอย
กรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	ไม่มีระยะรอคอย
กรณีเจ็บป่วยโรคทั่วไป	30 วัน
กรณีเจ็บป่วยสำหรับบางโรค - เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด - ริดสีดวงทวาร - ไล่เลื่อนทุกชนิด - ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก - การตัดทอนซิล หรืออ扁桃ินอยด์ - นิ้วทุกชนิด - เส้นเลือดขอดที่ขา - เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ	120 วัน
กรณีคลอดบุตร สัญญาอีลิทเฮลท์	280 วัน
การถ่างขยายปากมดลูกและการขูดมดลูกกรณีแท้งบุตร	90 วัน
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร	280 วัน
ค่าตรวจสุขภาพประจำปี	1 ปี
ค่าฉีดวัคซีน, ค่ารักษาทางทันตกรรม, ค่ารักษาทางสายตา	30 วัน

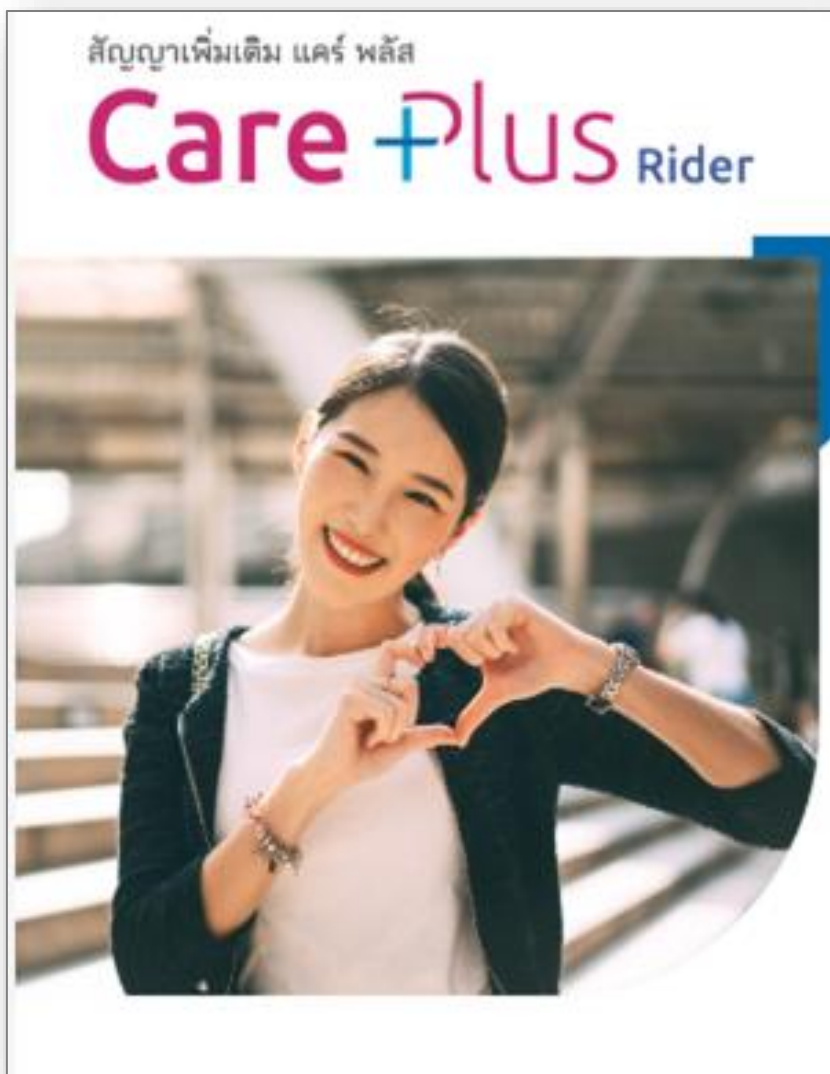
เปรียบเทียบประกันสุขภาพยอดนิยม

Plan	Elite Health Plus	D Health Plus	hemajay Extra	Extra Care Plus
คุ้มครองค่ารักษา	โรคเล็ก ๆ ถึงโรคแรง ๆ มะเร็ง หัวใจ ไต โรคร้ายแรง โรคทั่วไป			
hemajayวงเงินเดียว	20 - 100 ล้านบาท ต่อปี	1 - 5 ล้านบาท ต่อการรักษาตัวครั้งใด ครั้งหนึ่ง	2 - 5 แสนบาท ต่อการรักษาตัวครั้งใด ครั้งหนึ่ง	2 - 5 แสนบาท ต่อการรักษาตัวครั้งใด ครั้งหนึ่ง
ดูแลยาวๆ	สมัครได้ถึงอายุ 90 ปี ดูแลยาวๆ ถึงอายุ 99 ปี			
ค่าห้องต่อวัน	10,000 - 25,000 บาท หรือไม่เกินค่าห้องเดี่ยวมาตรฐาน	ห้องเดี่ยวมาตรฐาน	2,000 - 4,000 บาท	2,000 - 4,000 บาท
ห้อง ICU ต่อวัน	hemajayตามจริง 365 วัน	hemajayตามจริง 60 วัน	4,000 - 8,000 บาท	4,000 - 8,000 บาท
ค่ารับผิดส่วนแรก	ไม่มี	เลือกได้	ไม่มี	เลือกได้
นวัตกรรมการรักษา	ครอบคลุมการรักษามะเร็ง และไต วาย - นวัตกรรมใหม่ Immunotherapy หรือ Targeted Therapy - การวินิจฉัย MRI และ ฟอกไตแบบ OPD - คุ้มครองการบำบัดรักษาโรคทาง จิตเวช* (เฉพาะแผน 75 และ 100 ล้านบาท)	ชื่อ Care Plus เพิ่มเติม - นวัตกรรมใหม่ Immunotherapy หรือ Targeted Therapy - ครอบคลุมการรักษาโรคมะเร็ง และไตวายเรื้อรังทั้ง IPD และ OPD - คุ้มครองการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช		

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



สัญญาเพิ่มเติม แคร่ พลัส (Care Plus)



คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและไตวายเรื้อรังทุกระยะสูงสุดถึง 10 ล้านบาท⁽¹⁾ ต่อปีกรมธรรม์

ครอบคลุมทั้งค่าหมอ ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่ากายภาพบำบัด การตรวจวินิจฉัยขั้นสูง CT Scan, MRI, PET และ Gait scans



เลือกความคุ้มครองโรคร้ายแรงได้ตามต้องการ

คุ้มครองโรคมะเร็งหรือไตวายเรื้อรัง หากเลือกทั้ง 2 โรคร เบี้ยถูกลงถึง 10%



เข้าถึงนวัตกรรมการรักษาสมัยใหม่ เพื่อการใช้ชีวิตที่ดีขึ้น

โรคมะเร็ง ครอบคลุมการรักษาแบบเคมีบำบัด แบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจง ต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted Therapy) การปลูกถ่าย Stem Cell และแบบ Immunotherapy เป็นต้น

ไตวายเรื้อรัง ครอบคลุมการรักษาปลูกถ่ายไต การล้างไตทั่วไป การล้างไตแบบประสิทธิภาพสูง (Online Hemodiafiltration) และการผ่าตัดเส้นฟอกไต เป็นต้น



เสริมความคุ้มครองการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช

ดูแลจิตใจของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรักษา ครอบคลุมทั้งค่าปรึกษาทางจิตเวช ค่าห้อง ค่ายา ค่ารักษา

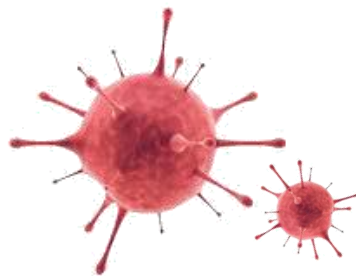


หมดกังวล เป็นซ้าก็คุ้มครอง

สมัครได้ตั้งแต่อายุ 30 วัน - 80 ปี คุ้มครองโรคร้ายกันไปยาว ๆ ถึงอายุ 99 ปี

สัญญาเพิ่มเติม แคร่ พลัส (Care Plus)

สัญญาเพิ่มเติม แคร่ พลัส สำหรับโรคมะเร็ง



(หน่วยเป็นบาท)

ผลประโยชน์โดยย่อ สำหรับ ผู้ป่วยใน และ ผู้ป่วยนอก

ผลประโยชน์

1,000,000

5,000,000

1. ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง

- ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยรวมถึง CT Scan, MRI, PET และ Gait scans เป็นต้น
- ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล
- ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์
- ค่าผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา
- ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ

จ่ายตามจริง

- ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน เพื่อใช้รักษาต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งทางอ้อม (สูงสุดไม่เกิน 30 วัน) ต่อการรักษาพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

100,000

2. ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช

- ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชโดยผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ได้รับการรับรองในประเทศไทย ค่าปรึกษาทางจิตเวช ค่ายาประเภทจิตบำบัด ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน แผนกจิตเวชในโรงพยาบาล รวมถึงค่าห้องและค่าอาหาร ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย

10,000

50,000

ผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย

1,000,000

5,000,000

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



ทั้งนี้ การจ่ายผลประโยชน์ค่าใช้จ่าย ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคมะเร็งในข้อ 1 ดังกล่าว จะจ่ายสำหรับวิธีการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง ดังต่อไปนี้

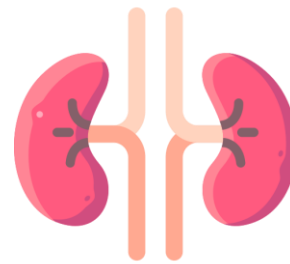
1) รังสีรักษา (Radiotherapy)	หมายถึง	การใช้รังสีพลังงานสูงจากรังสีเอกซ์ รังสีแกมมา นิวตรอน โปรตอนและแหล่งอื่นๆ เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งและเนื้องอกมะเร็งหดตัว
2) รังสีร่วมรักษา (Interventional Radiological Treatment)	หมายถึง	การใช้งานรังสีวินิจฉัยแบบผสมผสานควบคู่ไปกับขั้นตอนทางการแพทย์ที่รุกรานน้อยที่สุด สำหรับการรักษาโรคมะเร็ง รวมถึงการเข้าถึงหลอดเลือดดำกลาง การอุดหลอดเลือดแดงหรือเทคนิคทำลาย
3) เวชศาสตร์นิวเคลียร์รักษา (Nuclear Medicine)	หมายถึง	การใช้สารเภสัชรังสีในการฉายรังสีบำบัดไปยังเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ
4) เคมีบำบัด (Cytotoxic Chemotherapy)	หมายถึง	การรักษาเพื่อต่อต้านเนื้องอกอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกันที่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง
5) ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)	หมายถึง	ชนิดของการรักษาโรคมะเร็งที่ก่อให้เกิดการกระตุ้นเทียมในระบบภูมิคุ้มกัน พัฒนาความสามารถตามธรรมชาติในการชะลอหรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง รวมถึงการบำบัดด้วยเซลล์บุญธรรม สารปรับปรุงภูมิคุ้มกัน การใช้ไวรัสรักษามะเร็ง และแอนติบอดีที่เป็นเป้าหมาย
6) ฮอโมนบำบัด (Hormonal Therapy)	หมายถึง	การรักษาด้วยฮอโมนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอหรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งหรือเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งซ้ำ
7) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell Transplantation)	หมายถึง	การรับการปลูกถ่ายไขกระดูกของมนุษย์โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ภายหลังการทำ Bone Marrow Ablation สำหรับการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง
8) การรักษาแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted Therapy)	หมายถึง	ยาหรือสารอื่นๆ ที่ระบุไว้เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของโรคมะเร็งด้วยการแทรกแซงโดยโมเลกุลที่เฉพาะเจาะจง ("เซลล์เป้าหมาย") ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต การพัฒนา และการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง
9) ศัลยกรรมถอนรากถอนโคน (Radical Surgery)	หมายถึง	การกำจัดอวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็งพร้อมกับการกำจัดปริมาณเลือด ต่อมน้ำเหลือง และเนื้อเยื่อที่อยู่ติดกันที่อาจมีมะเร็ง
10) รังสีศัลยกรรม (Radiosurgery)	หมายถึง	ขั้นตอนทางการแพทย์ที่ใช้รังสีก๊อไอออนเพื่อทำลายพื้นที่ของเนื้อเยื่อ ที่มีมะเร็งอย่างแม่นยำ

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัท ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



สัญญาเพิ่มเติม แคร์ พลัส (Care Plus)

สัญญาเพิ่มเติม แคร์ พลัส สำหรับไตวายเรื้อรัง



(หน่วยเป็นบาท)

ผลประโยชน์โดยย่อ สำหรับ ผู้ป่วยใน และ ผู้ป่วยนอก	ผลประโยชน์	
	1,000,000	5,000,000
1. ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาไตวายเรื้อรัง - ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยรวมถึง CT Scan, MRI, PET และ Gait scans เป็นต้น - ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล - ค่ายา ค่าสารอาหารทางหลอดเลือด และค่าเวชภัณฑ์ - ค่าผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตรวจรักษา - ค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (ศัลยกรรม) และหัตถการ	จ่ายตามจริง	
- ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (เวชภัณฑ์ 1) สำหรับกลับบ้าน เพื่อใช้รักษาต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง <u>ทางฮ่อม</u> (สูงสุดไม่เกิน 30 วัน) ต่อการรักษาพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง	100,000	
2. ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช - ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชโดยผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ได้รับการรับรองในประเทศไทย ค่าปรึกษาทางจิตเวช ค่ายาประเภทจิตบำบัด ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน แผนกจิตเวชในโรงพยาบาล รวมถึงค่าห้องและค่าอาหาร ต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	10,000	50,000
ผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์ประกันภัย	1,000,000	5,000,000

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



ทั้งนี้ การจ่ายผลประโยชน์ค่าใช้จ่าย ค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาไตวายเรื้อรังในข้อ 1 ดังกล่าว จะจ่ายสำหรับวิธีการบำบัดรักษาไตวายเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

1) การล้างไตผ่านทางเส้นเลือด (Regular Hemodialysis)	หมายถึง	การบำบัดทดแทนไตโดยปกติใช้ตัวกรองเลือดอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)	หมายถึง	การบำบัดทดแทนไตผ่านสายท่อล้างไตที่ได้รับการผ่าตัดให้อยู่ในโพรงช่องท้อง
3) การล้างไตแบบประสิทธิภาพสูง (Online Hemodiafiltration)	หมายถึง	การบำบัดทดแทนไตที่ใช้ทั้งรูปแบบการฟอกเลือดแบบแพร่และแบบนำพา ซึ่งส่งผ่านเยื่อหุ้มที่มีประสิทธิภาพสูง ร่วมกับการใช้สารละลายที่ผ่านการฆ่าเชื้อแบบ online และสารที่ไม่ใช่ไพโรเจนสำหรับการทดแทนของเหลว
4) การปลูกถ่ายไต (Kidney (renal) Transplantation)	หมายถึง	การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการใช้ไตจากผู้อื่น ซึ่งผ่านการตรวจแล้วว่าเข้ากันได้ มาทำหน้าที่แทนไตเก่าของผู้ป่วยที่สูญเสียไปอย่างถาวรแล้ว
5) การผ่าตัดเส้นฟอกไต (Vascular Access)	หมายถึง	การผ่าตัดเส้นฟอกไตเพื่อทำทางเชื่อมระหว่างเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดง เพื่อให้เส้นเลือดดำมีขนาดโตและเลือดไหลเวียนจากเส้นเลือดแดงไปยังเส้นเลือดดำได้มากขึ้น มี 2 ประเภท ได้แก่ (1) เส้นเลือดจริง (AVF: Arteriovenous Fistula) (2) เส้นเลือดเทียม (AVG: Arteriovenous Graft)

หมายเหตุ : อาณาเขตความคุ้มครองสำหรับสัญญาเพิ่มเติม แคร์ พลัส (Care Plus) มีอาณาเขตความคุ้มครองเฉพาะประเทศไทย

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



ตัวอย่างความคุ้มครอง

A เลือกซื้อ Care Plus โรคมะเร็งและไตวายเรื้อรัง

แผน 5 ล้านบาท

-  ตรวจสอบภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องล้างไตเป็นประจำแบบ OPD และมีภาวะเครียดสะสมจนต้องแอดมิทรักษาโรคทางจิตเวช* รวมด้วย
-  ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อเนื่อง ต้องแอดมิท ปลุกถ่ายไต
-  ตรวจสอบมะเร็งเม็ดเลือด ทำการรักษาโดย การปลูกถ่าย Stem Cell และมีภาวะเครียดต้องปรึกษาจิตเวช* และรับยาแบบ OPD

รวมเป็น 10 ล้านบาทต่อปี

B เลือกซื้อ Care Plus โรคมะเร็งอย่างเดียว

แผน 5 ล้านบาท

-  ตรวจสอบมะเร็งเต้านม ครั้งแรกทำการรักษาโดยเคมีบำบัด และมีภาวะเครียดต้องปรึกษาจิตเวช* และรับยาแบบ OPD
-  ทำการรักษาครั้งที่ 2 โดยวิธีภูมิคุ้มกันบำบัด Immunotherapy รวมด้วย รักษา มะเร็งเต้านมจนหายดี
-  ตรวจสอบมะเร็งเต้านมซ้ำอีกครั้ง ทำการรักษาโดย Targeted Therapy

รวมเป็น 5 ล้านบาทต่อปี

หรือ

คุ้มครองไตวายเรื้อรัง 5 ล้านบาทต่อปี

คุ้มครองมะเร็ง 5 ล้านบาทต่อปี

คุ้มครองมะเร็ง 5 ล้านบาทต่อปี

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



สัญญาเพิ่มเติม แคร่ พลัส (Care Plus)

กังวลโรคไหน เลือกแผนความคุ้มครองได้ตามใจ

(หน่วยเป็นบาท)

โรค	โรคมะเร็ง	ไตวายเรื้อรัง	save	โรคมะเร็ง	ไตวายเรื้อรัง	save
			โรคมะเร็งและ ไตวายเรื้อรัง			โรคมะเร็งและ ไตวายเรื้อรัง
ความคุ้มครอง	แผน 1 ล้านบาท			แผน 5 ล้านบาท		
ตัวอย่าง เบี้ยประกันภัยต่อปี สำหรับเพศชาย อายุ 35 ปี	1,612	1,229	2,557	1,912	1,322	2,911
ตัวอย่าง เบี้ยประกันภัยต่อปี สำหรับเพศหญิงอายุ 35 ปี	2,770	1,050	3,438	3,351	1,115	4,019

- กรณีเลือกความคุ้มครองสำหรับโรคมะเร็งและไตวายเรื้อรัง เป็นวงเงินต่อโรคต่อปี และเบี้ยถูกลงจากราคาปกติมากถึง 10%
- ความคุ้มครองเป็นไปตามโรคและแผนที่ถูกคัดเลือก

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารขุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สวทลทตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



สัญญาเพิ่มเติม แคร่ พลัส (Care Plus)

เงื่อนไขการรับประกันภัย

ความคุ้มครองสุขภาพ	อายุรับประกัน	ต่ออายุ	ระยะเวลาคุ้มครอง
สัญญาเพิ่มเติม แคร่ พลัส	ตั้งแต่ อายุ 30 วัน – 80 ปี	ได้ถึง อายุ 98 ปี	ถึงอายุ 99 ปี หรือจนกระทั่งแบบประกันภัยหลักสิ้นผลบังคับ

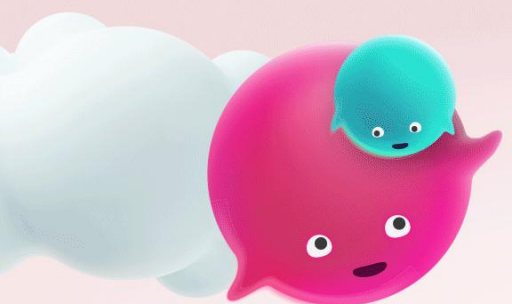
การตรวจสุขภาพ เป็นไปตามเกณฑ์ที่บริษัทฯ กำหนด

ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting period)

สัญญาเพิ่มเติมนี้จะไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือความผิดปกติซึ่งแพทย์ยืนยันและมีหลักฐานชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรงที่ได้รับคุ้มครองภายใต้สัญญาเพิ่มเติมนี้ ที่เกิดขึ้นภายใน 90 วัน นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้ หรือวันที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ของสัญญาเพิ่มเติมนี้แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นภายหลัง ทั้งนี้ ในกรณีที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มผลประโยชน์ บริษัทจะไม่คุ้มครองเฉพาะในส่วนของผลประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์





COPAYMENT



จ่ายร่วม แต่มั่นคงระยะยาว

มาตรฐานใหม่เพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ

สำหรับกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่เริ่มมีผลคุ้มครองตั้งแต่ 20 มีนาคม 2568



ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์





*จ่ายตามความคุ้มครองที่ระบุในกรมธรรม์

COPAYMENT คืออะไร?

การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยผู้เอาประกันภัย และ บริษัทประกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในสัดส่วน ที่กำหนด เช่น ผู้เอาประกันจ่าย 30% ของค่ารักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง ส่วนที่เหลืออีก 70% บริษัทฯ จะเป็นผู้จ่าย

ใครบ้างที่จะเข้าเงื่อนไข COPAYMENT

ประกันสุขภาพที่มีผลคุ้มครอง

ตั้งแต่ **20 มีนาคม 2568** เป็นต้นไป



ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

Simple Diseases คือ?

หมายถึง การป่วยเล็กน้อยทั่วไปการป่วยเล็กน้อยทั่วไป (Simple Diseases) ถูกจำแนกตามระบบ ICD-10 โดยองค์การอนามัยโลก ระบุรายชื่อ 5 กลุ่มโรคที่สามารถรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง

- อาการไม่รุนแรง: อาการมักไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในระยะยาว
- รักษาง่าย: การรักษามักไม่ซับซ้อน เช่น การใช้ยาสามัญประจำบ้านหรือวิธีการธรรมชาติ
- หายได้เอง: ในบางกรณีร่างกายสามารถฟื้นตัวได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาการรักษา
- พบได้บ่อย: เป็นโรคหรืออาการที่พบได้ทั่วไปในทุกเพศทุกวัย

ตัวอย่าง โรค Simple Disease

- ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน
- ไข้หวัดใหญ่
- ท้องเสีย
- เวียนศีรษะ
- ไข้ไม่ระบุสาเหตุ
- ปวดหัว
- กล้ามเนื้ออักเสบ
- ภูมิแพ้
- โรคกระเพาะอาหารอักเสบและกรดไหลย้อน

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



เกณฑ์การเข้าเงื่อนไข COPAYMENT

จะถูกพิจารณาเฉพาะกรณีเข้ารับรักษาตัวในฐานผู้ป่วยใน (IPD)

	จำนวนการเคลม	อัตราการเคลม	จะต้องร่วมจ่าย
กรณีที่ 1 การเคลมสำหรับโรคที่ไม่รุนแรง (Simple Disease) หรือ อาการที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล	มากกว่า หรือเท่ากับ 3 ครั้ง ต่อปีกรมธรรม์	มากกว่า หรือเท่ากับ 200% ของเบี้ยประกันสุขภาพ	30% ทุกค่ารักษาในปีถัดไป
กรณีที่ 2 การเคลมสำหรับโรคทั่วไป แต่ไม่นับรวมการผ่าตัดใหญ่ และโรคร้ายแรง	มากกว่า หรือเท่ากับ 3 ครั้ง ต่อปีกรมธรรม์	มากกว่า หรือเท่ากับ 400% ของเบี้ยประกันสุขภาพ	30% ทุกค่ารักษาในปีถัดไป
กรณีที่ 3 การเคลมเข้าเงื่อนไข กรณีที่ 1 และ กรณีที่ 2			50% ทุกค่ารักษาในปีถัดไป

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

ตัวอย่างกรณีที่จะเข้าเงื่อนไข COPAYMENT ปีงบประมาณ 2568

กรณีที่ 1 โรคที่ไม่รุนแรง (Simple Disease)

เกณฑ์การเข้าเงื่อนไข COPAYMENT

จำนวนการเคลม ≥ 3 ครั้ง และ อัตราการเคลม $\geq 200\%$

ค่าเบี้ยประกันสุขภาพต่อปี 20,000 บาท

ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อย:

ครั้งที่ 1	10,000 บาท
ครั้งที่ 2	15,000 บาท
ครั้งที่ 3	20,000 บาท

การคำนวณอัตราการเคลม:

$$\frac{(10,000 + 15,000 + 20,000)}{20,000} \times 100 = 225\%$$

การพิจารณาเงื่อนไข COPAYMENT

จำนวนการเคลม 3 ครั้ง และ อัตราการเคลม 225%

ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่าย

COPAYMENT 30% สำหรับค่ารักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2569

กรณีที่ 2 การเจ็บป่วยทั่วไป

เกณฑ์การเข้าเงื่อนไข COPAYMENT

จำนวนการเคลม ≥ 3 ครั้ง และ อัตราการเคลม $\geq 400\%$

ค่าเบี้ยประกันสุขภาพต่อปี 20,000 บาท

ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป:

ครั้งที่ 1	30,000 บาท
ครั้งที่ 2	25,000 บาท
ครั้งที่ 3	30,000 บาท

การคำนวณอัตราการเคลม:

$$\frac{(30,000 + 25,000 + 30,000)}{20,000} \times 100 = 425\%$$

การพิจารณาเงื่อนไข COPAYMENT

จำนวนการเคลม 3 ครั้ง และ อัตราการเคลม 425%

ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่าย

COPAYMENT 30% สำหรับค่ารักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2569

กรณีที่ 3 เข้าเงื่อนไข กรณีที่ 1 และ กรณีที่ 2

ค่าเบี้ยประกันสุขภาพต่อปี 20,000 บาท

ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน (IPD)

สำหรับการเจ็บป่วยเล็กน้อย:

ครั้งที่ 1	10,000 บาท
ครั้งที่ 2	15,000 บาท
ครั้งที่ 3	20,000 บาท

สำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป:

ครั้งที่ 1	30,000 บาท
ครั้งที่ 2	25,000 บาท
ครั้งที่ 3	30,000 บาท

การพิจารณาเงื่อนไข COPAYMENT

จำนวนการเคลม 3 ครั้ง และ อัตราการเคลม 225%

จำนวนการเคลม 3 ครั้ง และ อัตราการเคลม 425%

ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่าย

COPAYMENT 50% สำหรับค่ารักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2569

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



ถ้าเข้าเงื่อนไข COPAYMENT ในปีกรมธรรม์ 2568 จะต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในทุกๆ การรักษาในปีกรมธรรม์ 2569 ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่ายสัดส่วนที่กำหนด 30% หรือ 50% ในทุกค่ารักษาพยาบาล ไม่ว่าจะป่วยโรคร้ายแรงหรือการผ่าตัดใหญ่

ผู้เอาประกันภัยเข้าโรงพยาบาล 3 ครั้ง:	ค่ารักษาพยาบาล	ผู้เอาประกันภัยจ่าย 30%
โรคร้ายแรง (Critical illness)	200,000 บาท	60,000 บาท
การผ่าตัดใหญ่ (Major surgery)	300,000 บาท	90,000 บาท
โรคร้ายแรง (Critical illness)	100,000 บาท	30,000 บาท

รวมที่ผู้เอาประกันภัยจ่าย: 180,000 บาท

สำหรับปีกรมธรรม์ถัดไป:

เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ในปีกรมธรรม์ 2569 เป็นโรคร้ายแรงและการผ่าตัดใหญ่ จึงไม่นับรวมการคำนวณเงื่อนไข Copayment ในปีกรมธรรม์ 2569 ผู้เอาประกันภัยจึงไม่เข้าเงื่อนไข และไม่ต้องจ่ายร่วม Copayment ในปีกรมธรรม์ 2570

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



สรุปการเข้าเงื่อนไข COPAYMENT จะมีผลทุกปีกรมธรรม์หรือไม่

ปีกรมธรรม์

2568

2569

2570

เข้าเงื่อนไข



ต้องร่วมจ่าย

จะเข้าเงื่อนไข

COPAYMENT
30% หรือ 50%

COPAYMENT หรือไม่?

ขึ้นอยู่กับอัตราการเคลมในปี 2569

เข้าเงื่อนไข กรณีที่ 1, 2 หรือ 3

กรณีที่

1

กรณีที่

2

กรณีที่

3

COPAYMENT จะปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ การเคลม โดยบริษัทจะพิจารณาทุกรอบปีกรมธรรม์

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอาประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์



ให้ทุกคนได้เข้าถึง
ประกันสุขภาพ

1 หากเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นทุกปี
ลูกค้าส่วนใหญ่อาจจ่ายไม่ไหว
หรือ อาจจะต้องยกเลิกประกันสุขภาพ

ทำไมต้องมี

COPAYMENT



2 ช่วยลดการใช้
บริการทางการแพทย์
โดยใช้ตามข้อบ่งชี้
ทางการแพทย์
ให้ต้องนอนโรงพยาบาล

3

บริษัทประกันภัยสามารถ
ดูแลคุณได้ต่อเนื่องในระยะยาว

ใช้ภายในบมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเท่านั้น เอกสารชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสื่อสารภายในบริษัทฯ ให้กับฝ่ายขายและฝ่ายสนับสนุนงานขายของแต่ละช่องทางเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประกอบการเสนอขาย แสดง เผยแพร่ แก่ลูกค้าหรือผู้เอา
ประกันภัย สงวนสิทธิ์ตามกฎหมายห้ามเผยแพร่ต่อสาธารณะ ห้ามทำซ้ำ หรือดัดแปลง ไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของเอกสารนี้ ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้กับผู้ถือกรมธรรม์

