



บริการรับแจ้งอุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมง
โทร. 02-869-3333

เลขที่ I69994/6404/00001

วันที่ 23/04/2564

B100326 □ โทร.-

บมจ. เอเชียประกันภัย 1950
ASIA INSURANCE 1950 PCL

183 อาคารเรเจนท์เฮาส์ ชั้น 12 ถนนราชดำริ
แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
183 REGENT HOUSE BLDG., 12 FL, RAJDAMRI RD.,
LUMPINI, PATHUMWAN, BANGKOK 10330

TEL 0-2869-3399
FAX 0-2250-5277
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
(TAX ID.) 0107556000159

WWW.ASIAINSURANCE.CO.TH

คู่ฉบับ

สาขาที่ 00000 สาขาลำปางใหญ่

(ต้นฉบับ) ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี

ผู้เอาประกัน มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา			อัตราภาษี 7.00 %
ที่อยู่ 96 หมู่ 2 ถนนปรีดิพนมมงคล ตำบลประจักษ์			
อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา 13000			
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000212402 สำนักงานใหญ่			
ประเภท	เลขที่กรมธรรม์	เริ่มวันที่ / สิ้นสุดวันที่	ทุนประกัน 354,000,000.00
เบ็ดเตล็ด H	69994CH0/6404/00001	13/04/2564-13/04/2565	
รายละเอียดกรมธรรม์			เบี้ยประกันสุทธิ 329,522.12
			อากรแสตมป์ 1,319.00
			รวมเงิน 330,841.12
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 23,158.88
HTB PLUS COVID			รวมเป็นเงิน 354,000.00

ว00008/2557 (B100326)

สามแสนห้าหมื่นสี่พันบาทถ้วน

เพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันที่ผู้เอาประกันภัยได้ชำระตามจำนวนข้างต้น บริษัทตกลงให้ความคุ้มครองผู้เอาประกันภัยโดยมีรายละเอียดความคุ้มครองเงื่อนไข ข้อยกเว้น ตามกรมธรรม์ประกันภัย

ผู้มีอำนาจลงนาม / Authorized Signature

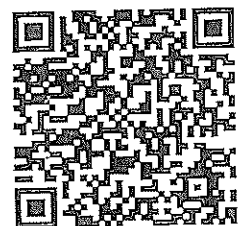
ผู้รับเงิน / Receiver's Signature

วันที่รับเงิน / Date

- หมายเหตุ 1.) รับชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ เช็คธนาคาร เลขที่
- 2.) กรณีชำระเป็นเช็คธนาคารปิดครอบในนาม "บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)"
- 3.) ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับชำระเงินเรียบร้อยแล้วและมีลายมือชื่อผู้รับเงินจากบริษัทฯ

ห่วงใยคุณและคนใกล้ตัว
ด้วยประกัน COVID
เบี้ยประกัน 500 บาท คุ้มครอง 1 ปี

ลูกค้าสัมพันธ์ @CRM_ASIA



- ตรวจพบ รับ 50,000 บาท
- นอน รพ. รับ 50,000 บาท *1,000/วัน
- ภาวะโคม่า* รับ 500,000 บาท

CORONA VIRUS

*ภาวะโคม่า หมายถึง การสูญเสียสติหรือสติกำลังอ่อนแอลงโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ทุกข้อ

1. ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิต
2. ไม่มีอาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
3. สมารถถูกทำลายอย่างถาวร ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลัง 30 วันจากวันที่สูญเสียสติหรือหมดสติ



บริการรับแจ้งอุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมง

โทร. 02-869-3333

เลขที่ I69994/6404/00001

วันที่ 23/04/2564

B100326 □ โทร.-

บมจ. เอเชียประกันภัย 1950
ASIA INSURANCE 1950 PCL

183 อาคารรัตนกัลป์ ชั้น 12 ถนนราชดำริ
แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
183 REGENT HOUSE BLDG., 12 FL, RAJDAMRI RD.,
LUMPINI, PATHUMWAN, BANGKOK 10330

TEL 0-2869-3399

FAX 0-2250-5277

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
(TAX ID.) 0107556000159

WWW.ASIAINSURANCE.CO.TH

(ต้นฉบับ) ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี

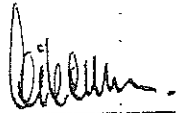
สาขาที่ 00000 สาขาสำนักงานใหญ่

ผู้เอาประกันภัย	มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา		
ที่อยู่	96 หมู่ 2 ถนนปรีดิพนมยงค์ ตำบลประจักษ์ อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา 13000		
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	0994000212402	สำนักงานใหญ่	อัตราภาษี 7.00 %
ประเภท	เลขที่กรมธรรม์	เริ่มวันที่ / สิ้นสุดวันที่	ทุนประกัน 354,000,000.00
เบ็ดเตล็ด H	69994CH0/6404/00001	13/04/2564-13/04/2565	เบี้ยประกันสุทธิ 329,522.12
รายละเอียดกรมธรรม์			อากรแสตมป์ 1,319.00
HIB PLUS COVID			รวมเงิน 330,841.1
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 23,158.88
			รวมเป็นเงิน 354,000.00

สามแสนห้าหมื่นสี่พันบาทถ้วน

ว00008/2557 (B100326)

เพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันที่ผู้เอาประกันภัยได้ชำระตามจำนวนข้างต้น บริษัทตกลงให้ความคุ้มครองผู้เอาประกันภัยโดยมีรายละเอียดความคุ้มครองเงื่อนไข ข้อยกเว้น ตามกรมธรรม์ประกันภัย


ผู้มีอำนาจลงนาม / Authorized Signature

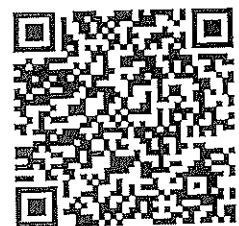

ผู้รับเงิน / Receiver's Signature

วันที่รับเงิน / Date

- หมายเหตุ 1.) รับชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ เช็คธนาคาร เลขที่
- 2.) กรณีชำระเป็นเช็คธนาคารขีดคร่อมในนาม "บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)"
- 3.) ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับชำระเงินเรียบร้อยแล้วและมีลายมือชื่อผู้รับเงินจากบริษัทฯ

ห่วงใยคุณและคนใกล้ตัว
ด้วยประกัน COVID
เบี้ยประกัน 500 บาท คุ้มครอง 1 ปี

ลูกค้าสัมพันธ์ @CRM_ASIA



- ตรวจพบ รับ 50,000 บาท
- นอน รพ. รับ 50,000 บาท *1,000/วัน
- กวาร์โคมา* รับ 500,000 บาท

CORONA VIRUS

*กวาร์โคมา หมายถึง การสับสนหรือหมดความรู้สึกได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์หรือประสาทศัลยแพทย์ และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ทุกข้อ

1. ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิต
2. ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
3. สมอังกูรกลายอย่างทวาร ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลัง 30 วันจากวันที่สับสนหรือหมดความรู้สึก

กรมธรรม์ประกันภัย

คุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID-19)

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

โดยการซื้อถือข้อตกลงในใบคำขอเอาประกันภัยซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้ข้อบังคับ เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด เงื่อนไขผลประโยชน์ความคุ้มครอง ข้อยกเว้น และเอกสารแนบท้ายแห่งกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทให้สัญญากับผู้เอาประกันภัย ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 คำจำกัดความ

ถ้อยคำและคำบรรยายซึ่งมีความหมายเฉพาะที่ได้ให้ไว้ในส่วนใดก็ตามของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ให้ถือว่ามีความหมายเดียวกันทั้งหมดไม่ว่าจะปรากฏในส่วนใดก็ตาม เว้นแต่จะได้กำหนดเป็นอย่างอื่นในกรมธรรม์ประกันภัยนี้

1.1	บริษัท	หมายถึง	บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)
1.2	กรมธรรม์ประกันภัย	หมายถึง	ตารางกรมธรรม์ประกันภัย เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้น เอกสารแนบท้าย ใบสัณหลังกรมธรรม์ประกันภัย และ สรุปเงื่อนไขและข้อยกเว้นที่สำคัญตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งแห่งสัญญาประกันภัยเดียวกัน
1.3	ผู้เอาประกันภัย	หมายถึง	บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือ ใบรับรองประกันภัยต่ออายุ และ/หรือเอกสารแนบท้าย
1.4	แพทย์	หมายถึง	ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากแพทยสภา และได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมในท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์ หรือทางด้านศัลยกรรม ซึ่งไม่ใช่แพทย์ที่เป็นผู้เอาประกันภัยเองหรือคู่สมรสของผู้เอาประกันภัย
1.5	ผู้ป่วยใน	หมายถึง	ผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยนั้นๆ และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วต่อมาเสียชีวิตก่อนครบ 6 ชั่วโมง
1.6	โรงพยาบาล	หมายถึง	สถานพยาบาลใดๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และมีองค์ประกอบทางด้านสถานที่ มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอตลอดจนการจัดการให้บริการที่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีห้องสำหรับการผ่าตัดใหญ่ และได้รับอนุญาตให้ จัดทะเบียนดำเนินการเป็นโรงพยาบาลตามกฎหมาย สถานพยาบาลของอาณาเขตนั้นๆ
1.7	สถานพยาบาลเวชกรรม	หมายถึง	สถานพยาบาลใดๆ ซึ่งจัดให้บริการทางการแพทย์โดยสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และได้รับอนุญาตให้จดทะเบียนดำเนินการเป็นสถานพยาบาลเวชกรรมตามกฎหมายของอาณาเขตนั้นๆ
1.8	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	หมายถึง	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามความหมายของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หมวดที่ 2 เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด

1. สัญญาประกันภัย

สัญญาประกันภัยนี้เกิดขึ้นจากการที่บริษัทเชื่อถือข้อแถลงของผู้เอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัย และข้อแถลงเพิ่มเติม (ถ้ามี) ที่ผู้เอาประกันภัย ลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นหลักฐานในการตกลงรับประกันภัยตามสัญญาประกันภัย บริษัทจึงได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไว้ให้

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยรู้อยู่แล้ว แต่แถลงข้อความอันเป็นเท็จในข้อแถลงตามวรรคหนึ่งหรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริงใด แต่ปกปิดข้อความจริงนั้นไว้โดยไม่แจ้งให้บริษัททราบ ซึ่งถ้าบริษัททราบข้อความจริงนั้นๆ อาจจะได้แจ้งบริษัทให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้น หรือบอกปิดไม่ยอมทำสัญญาประกันภัย สัญญาประกันภัยนี้จะตกเป็นโมฆียะ ตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้

บริษัทจะไม่ปฏิเสธความรับผิดชอบโดยอาศัยข้อแถลงนอกเหนือจากที่ผู้เอาประกันภัย ได้แถลงไว้ในเอกสารตามวรรคหนึ่ง

2. ความสมบูรณ์แห่งสัญญาและการเปลี่ยนแปลงข้อความในสัญญาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยนี้ รวมทั้งข้อตกลงคุ้มครองและเอกสารแนบท้าย ประกอบกันเป็นสัญญาประกันภัย การเปลี่ยนแปลงข้อความใดๆ ในสัญญาประกันภัย จะต้องได้รับความยินยอมจากบริษัท และได้บันทึกไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ หรือในเอกสาร แนบท้ายแล้วจึงจะสมบูรณ์

3. การไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

บริษัทจะไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านเรื่องความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยนี้ เมื่อกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับมาเป็นเวลา 2 ปี กรมธรรม์ประกันภัยติดต่อกันขึ้นไป นับแต่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรก เว้นแต่การขาดชำระเบี้ยประกันภัย

ในกรณีที่บริษัทได้ทราบข้อมูลอันจะบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ แต่มิได้ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยภายในกำหนด 1 เดือน นับแต่ทราบข้อมูลนั้น บริษัทไม่อาจบอกล้างความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยในกรณีนี้ได้

4. การชำระเบี้ยประกันภัยและการเริ่มความคุ้มครอง

4.1 เบี้ยประกันภัยของปีแรก จะถึงกำหนดชำระทันที และกรมธรรม์ประกันภัยจะเริ่มความคุ้มครองตามวันที่ที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4.2 การชำระเบี้ยประกันแบบราย 1 เดือน

4.2.1 การชำระเบี้ยประกันภัยของงวดแรกจะถึงกำหนดชำระทันที หรือก่อนความคุ้มครองจะเริ่มต้นโดยผู้เอาประกันภัย และความคุ้มครองจะเริ่ม มีผลบังคับตามวันที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4.2.2 เบี้ยประกันภัยของงวดถัดไป ผู้เอาประกันภัยต้องชำระเบี้ยประกันภัยภายใน 30 วัน นับจากวันที่ครบกำหนดระยะเวลาการชำระค่าเบี้ยประกันภัย หากมีการชำระเบี้ยประกันภัย ให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นความคุ้มครองต่อเนื่องจากงวดก่อนหน้าและบริษัทจะไม่นำระยะเวลาในการใช้สิทธิโต้แย้งความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยมาเริ่มนับใหม่

4.3 การจ่ายเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุ บริษัทจะผ่อนผันให้ชำระเบี้ยประกันภัยภายใน 30 วัน นับจากวันสิ้นสุดผลบังคับของกรมธรรม์ประกันภัยดังที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย และความคุ้มครองในปีต่ออายุจะเป็นดังนี้

4.3.1 หากชำระเบี้ยประกันภัยในระหว่างระยะเวลาผ่อนผันให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยในปีต่ออายุเป็นความคุ้มครองต่อเนื่องจากปีก่อนหน้าและมีผลบังคับโดยสมบูรณ์

4.3.2 หากไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัยปีต่ออายุภายในระยะเวลาผ่อนผัน ให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดลง ตั้งแต่วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดผลบังคับดังที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

4.3.3 หากมีการเรียกร้องค่าทดแทนในระหว่างระยะเวลาผ่อนผัน ซึ่งผู้เอาประกันภัยยังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยปีต่ออายุ บริษัทจะให้ความคุ้มครองโดยหักเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุออกจากจำนวนเงินค่าทดแทนที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ หรือเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยในปีต่ออายุก่อนที่จะมีการจ่ายค่าทดแทน

5. การต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยนี้อาจต่ออายุได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับพิจารณาของบริษัท ดังนี้

5.1 กรณีที่บริษัทยินยอมรับต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทยังคงไว้ซึ่งสิทธิในการ

5.1.1 ปรับอัตราเบี้ยประกันภัยให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงภัยและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้เอาประกันภัย และ

5.1.2 เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย เงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครองของของกรมธรรม์ประกันภัยในปีที่ต่ออายุได้ตามความจำเป็น โดยบริษัทต้องแจ้งให้ผู้เอาประกันภัยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่เป็นสาระสำคัญตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้

5.2 หากมีการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยและผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน 30 วัน บริษัทจะไม่นำเงื่อนไขเรื่องระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) และเรื่องสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย และเรื่องการไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยมาเริ่มนับใหม่ หากผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน ให้ถือว่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้สิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยครั้งสุดท้าย กรณีมีการเรียกร้องค่าทดแทนภายในระยะเวลาผ่อนผัน และผู้เอาประกันภัยยังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทจะหักเบี้ยประกันภัยที่ค้างชำระออกจากค่าทดแทนที่บริษัทจะชดใช้ตามกรมธรรม์ประกันภัย

5.3 บริษัทสามารถปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ โดยการแจ้งต่อผู้เอาประกันภัยทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

6. การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยโดยอัตโนมัติ

ความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จะสิ้นสุดเมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้นดังต่อไปนี้ แล้วแต่เหตุการณ์ใดจะเกิดขึ้นก่อน

6.1 เมื่อผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

6.2 ณ วันที่กรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดบังคับตามที่ระบุในตารางกรมธรรม์ประกันภัย ในปีเอาประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 75 ปีบริบูรณ์

6.3 เมื่อผู้เอาประกันภัยถูกจองจำอยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน

6.4 เมื่อผู้เอาประกันภัยไม่ชำระเบี้ยประกันภัย ตามเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดข้อ 4

ทั้งนี้ หากกรมธรรม์ประกันภัยสิ้นสุดตามข้อ 6.1 หรือ 6.2 บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

6.6 การปรากฏหรือทราบอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นครั้งแรก ภายในระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 14 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับครั้งแรก โดยบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่ได้เรียกเก็บมาแล้วทั้งหมดให้แก่ผู้เอาประกันภัย

6.7 ความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ แต่ละความคุ้มครองจะสิ้นสุดเมื่อบริษัทได้จ่ายค่าทดแทนตามจำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยของความคุ้มครองนั้นๆ ครบถ้วนแล้ว โดยบริษัทจะให้ความคุ้มครองต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาเอาประกันภัย เฉพาะจำนวนเงินเอาประกันภัยของความคุ้มครองอื่นที่เหลืออยู่เท่านั้น

6.8 กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และการประกันภัยทั้งหลายตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะสิ้นสุดในเวลา 24.00 น. ตามเวลาประเทศไทยในวันที่สิ้นสุดของกรมธรรม์ประกันภัย

7. การตรวจทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

8. การเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของการเรียกร้องค่าทดแทนโดยไม่ชักช้า ในกรณีที่มีการเสียชีวิตต้องแจ้งให้บริษัททราบทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุจำเป็นอันสมควรจึงไม่อาจแจ้งให้บริษัททราบดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นได้ แต่ได้แจ้งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้แล้ว

9. การจ่ายค่าทดแทน

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนภายในกำหนดระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสียหรือ ความเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้วให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทจ่ายค่าทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้อีกตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับจากวันที่บริษัทได้รับหลักฐานความเสียหายครบถ้วนแล้ว

ทั้งนี้ หากบริษัทไม่อาจจ่ายค่าทดแทนให้แล้วเสร็จได้ภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบใช้ดอกเบี้ยให้อีกในอัตราร้อยละ 15 ต่อปีของจำนวนเงินที่ต้องจ่าย ทั้งนี้ นับจากวันที่ครบกำหนดชำระ

10. การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

10.1 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปี

10.1.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไม่น้อยกว่า 30 วันโดยทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนถึงผู้เอาประกันภัยตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

10.1.2 ผู้เอาประกันภัยจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์อักษร และมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัยคืน หลังจากหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น ตามตารางที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

ตารางอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น

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

การบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยตามเงื่อนไขในข้อนี้ ไม่ว่าจะกระทำโดยฝ่ายใดก็ตาม ต้องเป็นการบอกเลิกทั้งฉบับเท่านั้น ไม่สามารถยกเลิกเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองข้อใดข้อหนึ่งได้

10.2 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยตามเงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนดข้อ 4.2

10.2.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการส่งหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วันโดยทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนถึงผู้เอาประกันภัย ตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีนี้กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดบังคับในวันสุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระแล้วสามารถซื้อความคุ้มครองได้ โดยบริษัทไม่ต้องคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

10.2.2 ผู้เอาประกันภัยจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ ในกรณีนี้กรมธรรม์ประกันภัยจะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติในวันสุดท้ายที่เบี้ยประกันภัยซึ่งได้รับชำระมาแล้ว สามารถซื้อความคุ้มครองได้ โดยบริษัทจะไม่คืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย



ASIA INSURANCE

"INSURED IN YOUR HANDS"

11. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่มิข้อพิพาท ข้อขัดแย้ง หรือข้อเรียกร้องใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท และหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้นโดยวิธีอนุญาโตตุลาการ บริษัทตกลงยินยอมและให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการ ตามข้อบังคับสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

12. ระยะเวลารอคอย (Waiting Period)

บริษัทจะไม่จ่ายค่าทดแทนตามข้อตกลงคุ้มครองนี้สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลารอคอย 14 วันหลังจากที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับเป็นครั้งแรกตามที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย

13. เงื่อนไขบังคับก่อน

บริษัทจะรับผิดชอบใช้ค่าทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ เมื่อผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดครบถ้วนตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย

ข้อยกเว้นทั่วไป

กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่คุ้มครอง

1. การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นในระหว่างระยะเวลารอคอย (Waiting Period)

ข้อตกลงคุ้มครอง

ชดเชยรายวันอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ความคุ้มครอง

ในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ และเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลารอคอย (waiting period) 14 วัน หากผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม บริษัทจะจ่ายค่าชดเชยรายวันให้ตามจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อวันที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย แต่สูงสุดไม่เกิน 50 วันตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย

หากผู้เอาประกันภัยได้รับจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งผู้รับประกันภัยรายอื่น ไม่เป็นเหตุให้เสียสิทธิในการรับค่าทดแทนของข้อตกลงคุ้มครองนี้

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมโดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
- (3) สำเนาใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน
- (4) แฟ้มประวัติการตรวจรักษาพยาบาล
- (5) ผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากห้องทดลอง (Lab Test Result)
- (6) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

ข้อตกลงคุ้มครอง
การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ความคุ้มครอง

ในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ และเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลารอคอย (waiting period) 14 วัน หากผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรก (first opinion) ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย โดยการจ่ายค่าทดแทนในข้อตกลงความคุ้มครองหมวดนี้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนเพียงครั้งเดียวตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าว จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่แพทย์วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
- (3) ผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากห้องทดลอง (Lab Test Result)
- (4) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

ข้อตกลงคุ้มครอง

การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

คำจำกัดความเพิ่มเติม

ภาวะโคมา หมายถึง

การสลับ หรือหมดความรู้สึกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์หรือประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon) และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

1. ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพองชีพ
2. ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
3. ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างใดอย่างหนึ่งได้อย่างถาวร ภายหลัง 30 วันจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกทั้งนี้ ไม่รวมถึงการสลบหรือหมดความรู้สึกที่มีสาเหตุโดยตรงจากการดื่มสุราหรือการใช้ในทางที่ผิด (Drug Abuse)

ความคุ้มครอง

ในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ และเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลารอคอย (waiting period) 14 วัน หากผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยภาวะใดมาที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยยังมีชีวิตอยู่ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามจำนวนเงินที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะโคม่าอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
- (3) แฟ้มประวัติการตรวจรักษาพยาบาล
- (4) ผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากห้องทดลอง (Lab Test Result)
- (5) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

ข้อตกลงคุ้มครอง

การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาที่มีสาเหตุมาจากผลกระทบจากการได้รับวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

คำจำกัดความเพิ่มเติม

ภาวะโคมา	หมายถึง	การสลบ หรือหมดความรู้สึกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์หรือประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon) และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ
		1. ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพองชีพ
		2. ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
		3. ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างใดอย่างหนึ่งได้อย่างถาวร ภายหลัง 30 วันจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึก
		ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการสลบหรือหมดความรู้สึกที่มีสาเหตุโดยตรงจากการดื่มสุราหรือการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug Abuse)
วัคซีน	หมายถึง	ผลิตภัณฑ์ชีวภาพที่ประกอบด้วย เชื้อไวรัส หรือแบคทีเรียที่ถูกฆ่า หรือทำให้มีฤทธิ์อ่อนแรงจนไม่สามารถก่อโรคได้ ใช้ฉีดเข้าสู่ร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรคซึ่งเกิดจากเชื้อนั้น ๆ

ความคุ้มครอง

ในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ หากผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาที่มีสาเหตุมาจากผลกระทบจากการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยยังมีชีวิตอยู่ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามจำนวนเงินที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะโคมาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
- (3) แพ้มประวัติการตรวจรักษาพยาบาล
- (4) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

ข้อตกลงความคุ้มครอง

ชดเชยรายวันอันเนื่องมาจากผลกระทบจากการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ความคุ้มครอง

ในระหว่างที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับ หากผู้เอาประกันภัยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนทำให้เกิดผลกระทบจากการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม บริษัทจะจ่ายค่าชดเชยรายวันให้ตามจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อวันที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย แต่สูงสุดไม่เกิน 30 วันตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย

หากผู้เอาประกันภัยได้รับจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งผู้รับประกันภัยรายอื่น ไม่เป็นเหตุให้เสียสิทธิในการรับค่าทดแทนของข้อตกลงคุ้มครองนี้

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมโดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
- (3) สำเนาใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน
- (4) แพ้มประวัติการตรวจรักษาพยาบาล
- (5) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

- กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับไว้ใน ตอนท้ายของแต่ละความคุ้มครอง รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและ e-mail เพื่อทางบริษัทจะสามารถแจ้งความคืบหน้าเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนท่านสามารถส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมโดยผ่าน 2 ช่องทาง ดังนี้
 - ส่งผ่านไปรษณีย์ โดยท่านสามารถส่งมาตามที่อยู่ด้านล่างนี้
ส่วนงานสินไหมทดแทนทั่วไป 183 อาคารริเจนท์เฮ้าส์ ชั้น 12 ถนนราชดำริ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 - ส่งผ่านตัวแทน/นายหน้าประกันภัย
- ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งให้ทราบภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสาร

ข้อมูลทั่วไป (กรุณารอกข้อมูลในฟอร์มนี้ให้ละเอียดครบถ้วน)

ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม		กรมธรรม์เลขที่	
โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์		เพศ	วัน/เดือน/ปีเกิด / /
ที่อยู่			
อาชีพ		อีเมลที่ติดต่อได้	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า)		เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน	
ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท			
คำรักษาพยาบาล			
วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต (วัน/เดือน/ปี)		เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
กรณีที่ได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ			
.....			
.....			

เอกสารประกอบการพิจารณาใช้ค่าสินไหมมีดังนี้

คำรักษาพยาบาล	การเสียชีวิต	ทุพพลภาพ
- ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาลฉบับจริง	- บันทึกประจำวันการเกิดเหตุ	- สำเนาบัตรรับรองสิทธิผู้เอาประกันภัย พี.เอ.
- ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย	- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ	- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย
- ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง	- หนังสือรับรองการตาย	- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบัตรรับรองสิทธิผู้เอาประกันภัย พี.เอ.	- ใบรับรองแพทย์	- รูปถ่ายการทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย	- สำเนาใบมรณะบัตร	
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคารผู้เอาประกันภัย (กรณีต้องการให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร)	- ประวัติการรักษา (กรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย) (ในกรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์จะต้องแนบเอกสารของผู้รับผลประโยชน์มาด้วย ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน)	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจเปิดเผยข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยแก่ บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท และยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อนึ่ง สำเนาของเอกสารฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เรียกร้อง

วันที่

ลายมือชื่อกระทำการแทน

วันที่

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในสถานะที่จะเรียกร้องได้)

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19)(ตรวจ เจอ จ่าย)

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าว จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่แพทย์วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล (ฉบับจริง)
- (3) ผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จากห้องทดลอง (Lab Test Result) (ฉบับจริง)
- (4) สำเนากรมธรรม์ประกันภัย
- (5) สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
- (6) สำเนาน้ำบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย
- (7) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

ขดเขยรายวันอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19)

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมโดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล (ฉบับจริง)
- (3) สำเนาใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน
- (4) แฟ้มประวัติการตรวจรักษาพยาบาล (รับรองเอกสารถูกต้องโดยโรงพยาบาล)
- (5) ผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จากห้องทดลอง (Lab Test Result) (ฉบับจริง)
- (6) สำเนากรมธรรม์ประกันภัย
- (7) สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
- (8) สำเนาน้ำบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย
- (9) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19)

หลักฐานที่ใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน นับจากวันที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะโคม่าอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล (ฉบับจริง)
- (3) แฟ้มประวัติการตรวจรักษาพยาบาล (รับรองเอกสารถูกต้องโดยโรงพยาบาล)
- (4) ผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จากห้องทดลอง (Lab Test Result) (ฉบับจริง)
- (5) สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ (รับรองสำเนาถูกต้อง)
- (6) สำเนาน้ำบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์
- (7) สำเนากรมธรรม์ประกันภัย
- (8) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)