

การประกันกลุ่มสวัสดิการพนักงานประจำปี 2560

PRONTO GROUP LTD.

เริ่มความคุ้มครอง 1 พฤษภาคม 2560

สิ้นสุดความคุ้มครอง 30 เมษายน 2561



หัวข้อนำเสนอ



1. คุณสมบัติผู้เข้าร่วม
2. ผลประโยชน์ความคุ้มครอง
3. การเรียกร้องสินไหมและบริการอื่นๆ

คุณสมบัติผู้เข้าร่วมและผลประโยชน์การประกันภัย



- คุณสมบัติผู้เข้าร่วม : 1) ต้องเป็นพนักงานประจำที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา
- 2) ต้องมีอายุระหว่าง 15-65 ปี
- 3) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

- ความคุ้มครอง : 1) การประกันชีวิตกลุ่ม
- 2) การประกันอุบัติเหตุกลุ่ม
- 3) การประกันสุขภาพกลุ่ม
- 3.1 การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
- 3.2 การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก

ใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน



บริษัท เอไอเอ จำกัด
AIA Company Limited
ฝ่ายประกันกลุ่ม

ใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน
Employee Enrollment Form



FE00

นามนายจ้าง (ชื่อบริษัท หรือ ห้างร้าน) Name of Employer			
ชื่อพนักงาน Name of Employee			
เลขที่บัตรประชาชน ID Card.			
เพศ Sex		วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth	วันที่เริ่มทำงาน Date of employment
ชาย Male	<input type="checkbox"/>	โสด Single	<input type="checkbox"/>
หญิง Female	<input type="checkbox"/>	สมรส Married	<input type="checkbox"/>
		ว D ค M ป Y	ว D ค M ป Y

สำหรับ บริษัท เอไอเอ จำกัด For AIA Use	
กรรมกรรมประกันกลุ่มเลขที่ Group No.	ใบรับรองเลขที่ Certificate No.

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ และระบุนความสัมพันธ์

* กรณีที่มีการแก้ไข ชิดง่า ชุดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

ชื่อผู้รับประโยชน์
Beneficiary

ความสัมพันธ์
Relationship

ในกรณีที่ท่านมีส่วนออกเงินสมทบสำหรับตัวท่านเอง และผู้อยู่ในอุปการะของท่าน โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้ :

ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าตกลง และรับใบสมัครขอเอาประกันภัยพนักงาน และจำนวนเงินเอาประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีสิทธิภายใต้สัญญาที่ออกโดยบริษัท เอไอเอ จำกัด และข้าพเจ้าอนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยส่วนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสงวนสิทธิที่จะไม่อนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้าเมื่อไรก็ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร อนึ่ง เป็นที่ ตกลงและเข้าใจว่าสิทธิดังกล่าวข้างต้นจะมีผลก็ต่อเมื่อได้แจ้งให้นายจ้างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า 30 วัน และการคุ้มครองตามกรรมกรรม ประกันภัยกลุ่มที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุดลงตั้งแต่วันที่ ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

ถ้าท่านประสงค์ให้มีประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะ โปรดกรอกใบสมัครขอเอาประกันภัยผู้อยู่ในอุปการะด้วย

If you are provided with dependent coverage and are enrolling your dependents, please complete a "Dependent Enrollment Form".

Ver. 20130501

วันที่ Date

ลายเซ็นพนักงานผู้สมัคร / ผู้เอาประกันภัย

Signature of Employee

ผลประโยชน์ - ประกันชีวิตและอุบัติเหตุกลุ่ม



ความคุ้มครอง : คุ้มครองการเสียชีวิต ทุกกรณี
คุ้มครอง 24 ชั่วโมง ทั่วโลก ทั้งใน และนอกเวลางาน

ข้อยกเว้น : การฆ่าตัวตายในปีแรกที่ทำประกัน (เฉพาะพนักงานใหม่ที่เข้าระหว่างปี)
การถูกฆ่าตายโดยผู้รับผลประโยชน์

ผลประโยชน์	แผนที่ 1	แผนที่ 2
ประกันชีวิต	1,000	1,000
ประกันอุบัติเหตุ	400,000	600,000

การประกันอุบัติเหตุกลุ่ม



ให้ความคุ้มครองพนักงานในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ ตลอด 24 ชม. ทุกแห่งทั่วโลก
และมีการสูญเสียดังนี้

1. กรณีที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ได้รับเงินทดแทนตามทุนประกันอุบัติเหตุ
2. กรณีที่เกิดอุบัติเหตุแล้วมีการสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวร จะชดเชยตามสัดส่วน ซึ่งจะระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ หรือทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวรติดต่อกันครบจากวันที่เกิดเหตุเป็นเวลา 12 เดือน
3. ค่าชดเชย 2 เท่าจากอุบัติเหตุ ชดเชยกรณีเกิดความสูญเสียจากเหตุใดเหตุหนึ่งที่เกิดขึ้นดังนี้: -
 - 3.1 กรณีเกิดขึ้นขณะโดยสารในยานพาหนะ ขนส่งทางบกตามเส้นทางที่กรมการขนส่งกำหนด หรือ ขณะอยู่ในลิฟท์ (ยกเว้นลิฟท์ในเหมืองแร่ หรือ สถานที่ก่อสร้าง) หรือ
 - 3.2 เกิดขึ้นเนื่องจาก ไฟไหม้โรงแรมหรือรีสอร์ท โรงแรม หรืออาคารสาธารณะอื่นใด ซึ่งผู้เอาประกันอยู่ ณ สถานที่นั้นในขณะที่เริ่มไฟไหม้

ตารางเงินทดแทนประกันอุบัติเหตุกลุ่ม



ความคุ้มครอง

อัตราร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

- | | | |
|-----|--|-------------|
| 1. | การสูญเสียชีวิต (รับรวมประกันชีวิตกลุ่ม) | 200% |
| 2. | การสูญเสียการมองเห็นของตาทั้งสองข้างโดยสิ้นเชิงถาวร | 100% |
| 3. | การสูญเสียการมองเห็นของตาเพียงข้างเดียวโดยสิ้นเชิงถาวร | 100% |
| 4. | การสูญเสีย หรือสูญเสียการใช้งานของแขนหรือขาทั้งสองข้างโดยสิ้นเชิงถาวร | 100% |
| 5. | การสูญเสีย หรือสูญเสียการใช้งานของแขนหรือขาเพียงข้างใดข้างหนึ่ง โดยสิ้นเชิงถาวร | 100% |
| 6. | การสูญเสียความสามารถในการพูด และสูญเสียความสามารถในการได้ยินของหูทั้งสองข้าง | 100% |
| 7. | แขนและขาทั้งหมดเป็นอัมพาตอย่างถาวร โดยไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้อีก | 100% |
| 8. | การสูญเสียความสามารถในการได้ยินของหูโดยสิ้นเชิงถาวร | |
| | ก) สำหรับหูทั้งสองข้าง | 75% |
| | ข) สำหรับหูเพียงข้างเดียว | 25% |
| 9. | การสูญเสียความสามารถในการพูด | 50% |
| 10. | การสูญเสียเลนส์ตาเพียงข้างเดียวโดยสิ้นเชิงถาวร | 50% |

ตารางเงินทดแทนประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (ต่อ)



ความคุ้มครอง

อัตราร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

- | | |
|---|-------------------------------|
| 11. การสูญเสีย หรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วมือทั้ง 5 นิ้ว | ก) มือขวา 70% ข) มือซ้าย 50% |
| 12. การสูญเสีย หรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วมือทั้งสี่นิ้ว
อันประกอบด้วย นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อย | ก) มือขวา 40% ข) มือซ้าย 30% |
| 13. การสูญเสีย หรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วหัวแม่มือเพียงหนึ่งนิ้ว
สองข้อ | ก) มือขวา 30% ข) มือซ้าย 20% |
| หนึ่งข้อ | ก) มือขวา 15% ข) มือซ้าย 10% |
| 14. การสูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย
ไม่ว่าจะเป็นนิ้วใดนิ้วหนึ่ง หรือหลายนิ้วรวมกัน | |
| สามข้อ | ก) มือขวา 10% ข) มือซ้าย 7.5% |
| สองข้อ | ก) มือขวา 7.5% ข) มือซ้าย 5% |
| หนึ่งข้อ | ก) มือขวา 5% ข) มือซ้าย 2% |

ตารางเงินทดแทนประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (ต่อ)



ความคุ้มครอง

อัตราร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

- | | | |
|-----|--|-------------|
| 15. | การสูญเสีย หรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วเท้า | |
| | ก) ทั้งหมดทุกนิ้วของทั้งสองเท้า | 15% |
| | ข) ทั้งสองข้อของนิ้วหัวแม่เท้า | 5% |
| | ค) หนึ่งข้อของนิ้วหัวแม่เท้า | 3% |
| | ง) นิ้วเท้าอื่นแต่ละนิ้วนอกจากนิ้วหัวแม่เท้า | 1% |
| 16. | กระดูกขาแตก หรือกระดูกสะบ้าหักจนไม่สามารถทำการรักษาให้เชื่อมต่อกันได้ | 10% |
| 17. | การสั้นลงของขา วัดได้อย่างน้อย 5 เซนติเมตร | 7.5% |
| 18. | ความทุพพลภาพอย่างถาวรนั้นมิได้ถูกบัญญัติให้ได้รับความคุ้มครองภายใต้เหตุการณ์ตั้งแต่ข้อที่ 7 ถึงข้อที่ 17 ของตารางเงินทดแทนนี้ (อัตราร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัยในแต่ละรายการซึ่งได้กำหนดขึ้นตามความเห็นของบริษัทฯ นั้นเป็นอัตราร้อยละของความทุพพลภาพ โดยมีได้มีการพิจารณาถึงอาชีพของพนักงาน แต่อย่างใด และเป็นสิ่งซึ่งไม่ขัดกันกับการจ่ายเงินทดแทนการสูญเสียซึ่งมีการกำหนดไว้แล้วภายใต้เหตุการณ์ตั้งแต่ข้อที่ 7 ถึงข้อที่ 17 ของตารางเงินทดแทนนี้ | |

ตารางเงินทดแทนประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (ต่อ)



ขยายความคุ้มครองเพิ่มเติม

- การถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย
- การจลาจล นัดหยุดงาน และการก่อการร้าย
- การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- ไม่มีข้อยกเว้นกรณีเมาสุรา



ข้อยกเว้นความคุ้มครองอุบัติเหตุ



1. การฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตนเอง หรือพยายามที่จะกระทำได้กล่าว ไม่ว่าในขณะที่วิกลจริต หรือไม่ก็ตาม
2. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การปฏิวัติ หรือการปฏิบัติการเยี่ยงสงคราม
3. การเข้าร่วมการจลาจล สงครามกลางเมือง การประท้วง หรือการก่อการร้าย
4. การฝ่าฝืน หรือพยายามฝ่าฝืนกฎหมาย หรือขัดขึ้นการจับกุมของพนักงานเจ้าหน้าที่
5. ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์หรือขณะที่ผู้เอาประกันภัยฯ ขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
6. การแข่งม้า หรือการแข่งขันที่ใช้ล้อ

ผลประโยชน์ - ตารางความคุ้มครองแบบผู้ป่วยใน (IPD)



ผลประโยชน์ (ต่อการเข้ารับการรักษาครั้งใดครั้งหนึ่ง)	แผนที่ 1	แผนที่ 2
ก. ค่าห้องและอาหาร / วัน (ไม่จำกัดจำนวนวัน)	2,500	4,000
- ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.) (สูงสุด 15 วัน)	5,000	8,000
ข. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ - รวมค่าการพยาบาล และค่าบริการโรงพยาบาล - รวมค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกภายใน 90 วัน - รวมค่ารถพยาบาล ไปและ/หรือมา (ต่อเที่ยว)	40,000 2,500	60,000 4,000
ค. ค่าแพทย์ผ่าตัด (แบบจ่ายตามจริง)	55,000	70,000
ง. ค่าเยี่ยมของแพทย์ / วัน (ไม่จำกัดจำนวนวัน)	1,200	1,500
จ. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (กรณีอุบัติเหตุ) (เข้ารับภายใน 24 ชม. และรวมรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน)	7,000	9,000
ฉ. ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค (จ่ายแยก)	6,000	8,000
ซ. ค่าแผนกนิยาสงเคราะห์	25,000	40,000

ผลประโยชน์พิเศษ สำหรับ Pronto Group



1. ขยายความคุ้มครอง MRI, CT SCAN, ECHOCARDIOGRAM, EXERCISE STRESS TEST ภายใต้วงเงินค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ (การตรวจวินิจฉัยวิธีพิเศษ) และ PET SCAN คุ้มครองภายในวงเงินค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ และคุ้มครองสูงสุดไม่เกิน 20,000 บาท ทั้งนี้ การตรวจวินิจฉัยวิธีพิเศษดังกล่าว จะต้องอยู่ภายใต้ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ถึงความจำเป็นในการรักษา
2. ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ รวมถึงค่าบริการพยาบาล , ค่าการบริการ และ OPD Follow up ภายใน 90 วันหลังจาก รพ.
3. คุ้มครองโรคที่เป็นมาก่อนการทำประกันสำหรับพนักงานกลุ่มแรกและที่เข้าระหว่างปี

ข้อแนะนำเพิ่มเติมกรณีผู้ป่วยใน แบบ Day Case



- 23 กรณี Day Case ที่กรมธรรม์ประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเสมือนว่าเป็นผู้ป่วย (ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล) ให้แก่ผู้เอาประกัน ประกอบด้วย

- | | |
|---|---|
| 1. การสลายนิ่ว | 13. การเจาะช่องเยื่อหุ้มปอด |
| 2. การตรวจเส้นเลือดหัวใจโดยการฉีดสี | 14. การเจาะช่องเยื่อหุ้มช่องท้อง |
| 3. การผ่าตัดต่อกระดูก | 15. การขูดมดลูก |
| 4. การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ทุกชนิด | 16. การตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูก |
| 5. การตรวจโดยการส่องกล้อง ทุกชนิด | 17. การรักษา Bartholin's Cyst |
| 6. การผ่าตัด หรือ เจาะไซนัส | 18. การรักษาโรคด้วยรังสีแกมมา |
| 7. การตัดก้อนเนื้อที่เต้านม | 19. การรักษาโรคผิวหนังโดยการฉีดยาหรือผูก |
| 8. การตัดชิ้นเนื้อจากกระดูก (Bone Biopsy) | 20. การตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยจากอวัยวะใดๆ |
| 9. การตัด นิ้วมือหรือนิ้วเท้า | 21. การจัดกระดูกให้เข้าที่ |
| 10. การเจาะตับ | รวมถึง |
| 11. การเจาะไขกระดูก | 22. การรักษาโดยการฟอกไต (เฉพาะค่าผ่าตัด) |
| 12. การเจาะช่องเยื่อหุ้มไขสันหลัง | 23. การรักษาโดยเคมีบำบัด (เฉพาะค่าผ่าตัด) |

HB Incentive Benefit



การคำนวณผลประโยชน์เงินชดเชยเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (HB Incentive) เมื่อใช้สิทธิประกันสังคม, โครงการบัตรทอง, การใช้ความคุ้มครองพรบ.บุคคลที่ 3 และประกันภัยส่วนบุคคล ยกเว้นค่าธรรมเนียมของ AIA

- ➔ เลือกใช้ผลประโยชน์ประกันสังคมตั้งแต่ **วันแรก** ที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ
- ➔ ต้องไม่มีส่วนเกินของค่าใช้จ่ายอื่นๆ ยกเว้นค่าห้องและค่าอาหารส่วนเกินจากผลประโยชน์ประกันสังคม โดยนำเอกสาร **สำเนาใบงบสรุปรายการที่ระบุการใช้ประกันสังคม + สำเนาบัตรประกันสังคม + สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ระบุโรคหรือสาเหตุการเจ็บป่วยและช่วงเวลาในการนอนโรงพยาบาล** นำมาเบิกกับเอไอเอ
- ➔ รับค่าชดเชยรายได้ **เท่ากับ** ส่วนต่างของค่าห้องและค่าอาหารที่ยังไม่ได้เบิกจ่ายจากเอไอเอ

ตัวอย่าง การคำนวณผลประโยชน์เงินชดเชย (HB Incentive)



กรณีที่ 1 : ไม่มีส่วนต่างค่าห้องและค่าอาหารมาเบิกกับ เอไอเอ (ตัวอย่างแผนที่ 1)

เอไอเอจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลรายวัน เท่ากับ ผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหาร

ผลประโยชน์ค่าห้อง และค่าอาหารต่อวัน	ค่าใช้จ่ายที่ เกิดขึ้นจริง	ค่าห้อง ประกันสังคม	เอไอเอจ่ายส่วนต่างหลังการ ใช้สิทธิประกันสังคม (แต่ไม่เกิดผลประโยชน์)	ผลประโยชน์เงิน ชดเชยรายวัน
Room / Board (AIA)	Actual Expense	R&B (SSB)	AIA pays the difference after SBB deduction (within Benefit Coverage)	HB Incentive / day
(A)	(B)	(C)	(D) = (B – C)	(E) = (A-D)
2,500	700	700	-	2,500 (700 – 700)

ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก



- ❖ ผู้ป่วยนอก หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ที่ไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก	Existing	
	แผนที่ 1	แผนที่ 2
1 ครั้ง / วัน, สูงสุด 30 ครั้ง / ปี	1,000	1,500

ข้อยกเว้นประกันสุขภาพ



- ~~1. การเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยได้รับการรักษาการวินิจฉัยโรค การปรึกษา หรือการส่งจ่ายยาในระหว่างเวลา 90 วัน ก่อนวันที่สัญญาเพิ่มเติมนี้เริ่มมีผลบังคับ เว้นแต่สมาชิกผู้เอาประกันที่เจ็บป่วยดังกล่าวได้เอาประกันภัยไว้ตามสัญญาเพิ่มเติมนี้มาเป็นระยะเวลา 12 เดือนติดต่อกันแล้ว (เฉพาะพนักงานใหม่ที่เข้างานหลังวันที่ 1 พฤษภาคม 2560)~~
2. การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือจงใจก่อให้เกิดการบาดเจ็บแก่ตนเอง หรือการพยายามกระทำเช่นนั้น
3. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การนัดหยุดงาน การจลาจล การก่อการร้าย สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ หรือการปฏิบัติการเยี่ยงสงครามใดๆ
4. การเข้าเป็นทหารประจำการในกองทัพ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่มีการประกาศสงครามหรือไม่ก็ตาม หรือในขณะที่ปฏิบัติตามคำสั่งให้ปฏิบัติการเยี่ยงสงคราม หรือในการพิทักษ์ความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง
5. ขณะที่ก่ออาชญากรรม หรือขณะถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม เนื่องจากกระทำความผิดทางอาญาโดยเจตนา เว้นแต่เป็นความผิดลหุโทษ หรือความผิดอันยอมความกันได้
6. การตั้งครุฑฯ แท่งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครุฑฯ การแก้ไขปัญหาการมีบุตรยาก (รวมถึงการสืบวิเคราะห์และการรักษา) การทำหมัน และการคุมกำเนิด
7. ปัญหาเกี่ยวกับสายตาสั้น ยาว หรือเอียง ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็น หรือรักษาความผิดปกติของการมองเห็น ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ

ข้อยกเว้นประกันสุขภาพ (ต่อ)



8. การรักษาโรค หรืออาการหยุดหายใจขณะหลับ การรักษาความผิดปกติของการนอนหลับ โรคจิตเภท สภาวะจิตใจ หรือประสาทผิดปกติ โรคไมเกรน การรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษ หรือการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรคดังกล่าว หรืออุบัติเหตุจากการใช้ยา โรคติดต่อซึ่งถูกแยกออกหรืออยู่ในเขตกักกันโรคตามกฎหมาย
9. การผ่าตัดเสริมสวย หรือศัลยกรรมตกแต่ง หรือการผ่าตัดอันมีลักษณะเลือกได้ หรือผ่าตัดเพื่อแก้ไขสิ่งผิดปกติอันเนื่องมาแต่กำเนิด
10. การรักษาโรค หรือผ่าตัดเกี่ยวกับฟัน ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ (ในเบื้องต้น) แต่ไม่รวมถึงการทำฟันปลอม การครอบฟัน และการรักษารากฟัน
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป การพักผ่อน หรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉยๆ การรักษาเพื่อฟื้นฟู การตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุใดๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยความบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย การรักษาหรือตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุโดยไม่ใช้ความจำเป็นทางการแพทย์หรือไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ การให้บริการอำนวยความสะดวกที่มีใช้การรักษาอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ เช่น การใช้โทรศัพท์ วิทย์ หรืออื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน

ข้อแนะนำเพิ่มเติม



- ไม่คุ้มครองยาที่ซื้อโดยปราศจากใบสั่งแพทย์
- ไม่คุ้มครองความผิดปกติที่เกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย โดยไม่มีพยาธิสภาพแสดงให้เห็น รวมทั้งอาการท้องผูก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร
- การเรียกร้องการจ่ายเงินชดเชย ที่มีได้ส่งใบเสร็จรับเงิน และ/หรือ ใบเรียกเก็บเงินให้บริษัท ภายในระยะเวลา 3 เดือน นับแต่วันที่ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเกิดขึ้น



ตัวอย่างบัตรสิทธิพิเศษประกันภัยกลุ่ม



เช็คผลประโยชน์ผ่านระบบ
(WEC/IVR)

บริการ Fax Claim Service (FCS)



- ปัจจุบันเรามีโรงพยาบาลในเครือข่าย ทั้งสิ้น **401 แห่งทั่วประเทศ** (ณ 12 พฤศจิกายน 2557)
- สถานพยาบาลในเครือข่ายสำหรับใช้สิทธิ์ทันตกรรม **72 แห่งทั่วประเทศ** ไม่ต้องสำรองจ่าย
- เรามีฝ่าย **Managed Care** ซึ่งเป็นทีมแพทย์และพยาบาล ทำหน้าที่ตรวจสอบโรงพยาบาลในเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการให้บริการและการคิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- พิจารณาการจ่ายเคลมสินไหมทางโทรสาร (Fax) **ภายใน 45 นาที (กรณีเคลมปกติ)**
การใช้การบริการผ่านระบบโทรสาร (Fax) หมายเลข 02-267-6580, 02-266-0371

วัน/เวลาทำการ

จันทร์ – ศุกร์ 8.00 – 19.00 น.

เสาร์ – อาทิตย์ 8.30 – 19.00 น.

และวันนักขัตฤกษ์



การเบิกค่ารักษาพยาบาล (นอกเครือข่าย)



- พิจารณาจ่ายเคลมสินไหมค่ารักษาพยาบาลให้ ภายใน 5 วันทำการ นับจากบริษัทฯ ได้รับเอกสารการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล (ทั้งนี้ไม่นับรวมระยะเวลาการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร)
- หลักฐานที่ต้องใช้ในการยื่นเรียกร้องสินไหม
 - ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
 - ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง
- รวบรวมส่งผ่านฝ่ายทรัพยากรบุคคล โดยทางบริษัทจัดเจ้าหน้าที่เข้ารับเอกสารสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

Thank you