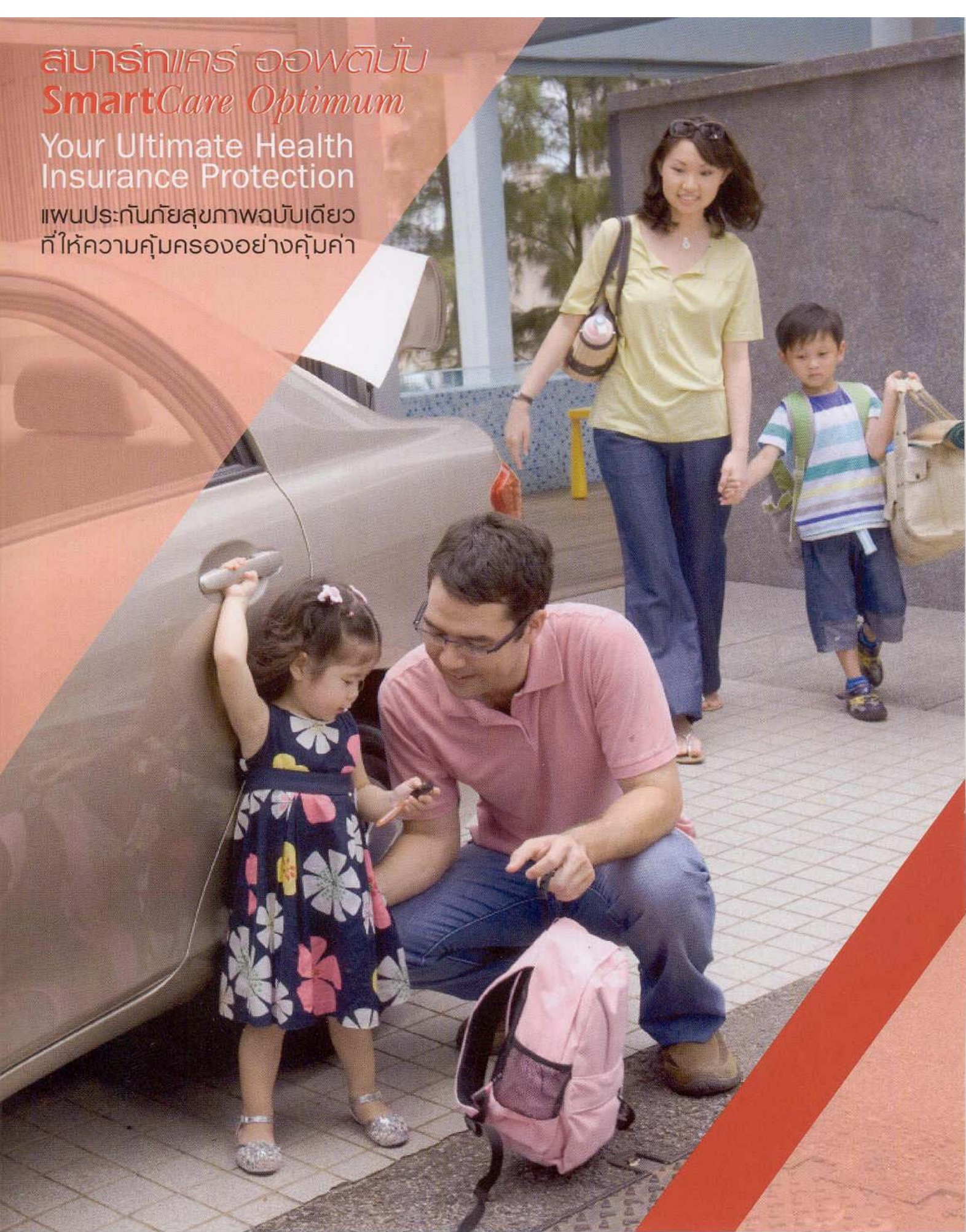


สมาร์ทแคร์ ออฟตีบับ
SmartCare Optimum

Your Ultimate Health
Insurance Protection

แผนประกันภัยสุขภาพฉบับเดียว
ที่ให้ความคุ้มครองอย่างคุ้มค่า



สมาร์ทแคร์ ออฟติมัม

แผนประกันภัยสุขภาพฉบับเดียวที่ให้ความคุ้มครองคุ้มครองค่า
สูงสุดถึง 5,000,000 บาท ต่อปี

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเต็มวงเงิน

สมาร์ทแคร์ ออฟติมัม ให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเต็มจำนวน* โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลในแต่ละครั้งเหมือนกรมธรรม์สุขภาพทั่วๆ ไป เช่น ไม่กำหนดจำนวนวันสำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าธรรมเนียมการวินิจฉัยโรค ตลอดจนค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด ขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

คุ้มครองทุกบาท

สมาร์ทแคร์ ออฟติมัม ยังให้ความคุ้มครองรวมถึง

- การปลูกถ่ายอวัยวะ ได้แก่ ไก่กระดูกลิ้นหลัง หัวใจ ไต ตับ และปอด
- การสร้างไตในกรณีไตวายเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยนอก และการรักษาโรคมะเร็งสำหรับผู้ป่วยนอก
- ค่าบริการทางทันตกรรมอันเกิดจากอุบัติเหตุ
- การแท้งบุตรอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- ผลประโยชน์เกี่ยวกับอวัยวะเทียมที่ใส่เข้าไปในร่างกาย
- ผลประโยชน์พิเศษสำหรับ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง
- เงินช่วยเหลือฉุกเฉินกรณีเสียชีวิต (สำหรับผู้รับประโยชน์)
- การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (อบ. 2)

ให้ความคุ้มครองทั่วโลก

สมาร์ทแคร์ ออฟติมัม นอกจากให้ความคุ้มครองหลักสำหรับผู้ที่อยู่อาศัยในประเทศไทยแล้ว ยังให้ความคุ้มครองขณะเดินทางทั่วโลกสูงสุดไม่เกิน 90 วันต่อครั้ง** และอุ่นใจมากยิ่งขึ้นในขณะที่เดินทางอยู่นอกประเทศด้วยบริการพิเศษ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการส่งกลับประเทศในกรณีฉุกเฉิน

ตัวอย่างข้อยกเว้นความคุ้มครอง

- การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 30 วันแรกของการทำประกันภัย (ยกเว้นอุบัติเหตุ)
- การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 180 วันแรกของการทำประกันภัย สำหรับ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากทุกชนิด ต่อมทอนซิลอักเสบที่ต้องรับการผ่าตัด โรคไตเสื่อม โรคริตสิดดวงทวาร โรคเบาหวาน ทาจะถุงน้ำดีอักเสบ นิ้วในถุงน้ำดี นิ้วในทางเดินปัสสาวะ

SmartCare Optimum

Your Ultimate Health Insurance Protection
with as charged benefits that pays up to **Baht 5 Million** a Year

Pay for your medical bill with full cover

Most policies set limits on how much you can claim per disability, sub-limit & inner limit for each medical benefit section. **SmartCare Optimum** is an as-charged* plan that pays you in full Hospital Room & Board, ICU charges, Surgeon's fees, Hospital Miscellaneous Expenses and Dr.'s Visit .

Value for your money

Making every Baht work for you. **SmartCare Optimum** also includes coverage for :

- Organ Transplant (Bone Marrow, Heart, Kidney, Liver & Lung)
- Out – Patient Kidney Dialysis
- Out – Patient Cancer Treatment
- Out – Patient Dental Treatment due to accident
- Miscarriage due to accident
- Prosthesis Benefits
- Dread Disease Recuperation benefits for Cancer, Coronary Artery By-Pass Surgery, Heart Attack and Stroke
- Special Grant (Death Benefit)
- Personal Accident Insurance (Continental Scale – PA.2)

Worldwide Cover

Not only the territory limit based in Thailand, **SmartCare Optimum** is extended to cover while you are traveling overseas** for a period not exceeding 90 days. In addition; you can get more peace of mind during your traveling with Emergency Medical Evacuation, and Repatriation.

Sample of Exclusions

1. Any treatment within the first 30 days of cover (except for accidental injury)
2. Any treatment within 180 days of cover for: Hypertension, Hernias, Cardiovascular Disease, All Tumour or cysts, Tonsils requiring surgery, Hemorrhoids, Diabetes, Cholecystitic, Cholelithiasis and Calculi of the Urinary organs.
3. Pre-Existing Conditions which refers to an injury or an illness which existed prior to the effective date of cover.
4. Other standard Health and Accident exclusions, e.g. AIDS, Congenital conditions, suicide, pregnancy, routine physical examinations.

- สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (ซึ่งหมายถึง การเจ็บป่วยที่เป็นผลจากสภาพที่เกิดขึ้นก่อนการทำประกันภัย)
- ข้อยกเว้นอื่นตามมาตรฐานการประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ เช่น โรคลอดส์ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร สภาพที่ผิดปกติมาโดยกำเนิด สงคราม การตรวจสุขภาพทั่วไป กันตกรรมที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ

คุณสมบัติของผู้อเอาประกันภัย

1. ชาวไทยทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมถึงชาวต่างชาติที่มีใบอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทย
2. มีอายุระหว่าง 18-59 ปี (พิจารณาการต่ออายุกรมธรรม์รายปี ถึง 75 ปี)
3. สำหรับเด็กมีอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีบิดาหรือมารดาทำประกันภัยร่วมด้วยอย่างน้อย 1 คน โดยใช้เพน ความคุ้มครองเดียวกัน
4. บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ที่จะมอบความคุ้มครองกับผู้อเอาประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกันภัยโดยพิจารณา จาก อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยหรือข้อมูลอื่นๆ ของผู้อเอาประกันภัยแต่ละราย

การต่ออายุกรมธรรม์ (เบี้ยประกันภัยอาจมีการเปลี่ยนแปลง)***

1. กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นการประกันภัยรายปี
2. สำหรับผู้อเอาประกันภัยที่แสดงผลการตรวจสุขภาพตามแบบที่บริษัทฯ กำหนดให้จะได้รับรับการรับประกันการ ต่ออายุกรมธรรม์ดังนี้
 - สมัยก่อนอายุ 55 ปี ต่ออายุสูงสุดตลอดชีพ หรือเมื่อถึงจำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุดในการต่อ อายุของบริษัทฯ ในแต่ละเพน
 - สมัยเมื่ออายุ 55 ปีขึ้นไป ต่ออายุสูงสุดถึง 75 ปี หรือเมื่อถึงจำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุดในการ ต่ออายุของบริษัทฯ ในแต่ละเพน

คำจำกัดความ

- * ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงและสมเหตุสมผลเมื่อเปรียบเทียบกับค่ารักษาพยาบาลโดยวิธีเดียวกัน/แบบเดียวกัน/ชนิดเดียวกันกับโรงพยาบาล ในประเทศไทยที่มีมาตรฐานเดียวกันในการให้บริการ
- ** กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้ความคุ้มครอง ขณะที่ผู้อเอาประกันภัยกำลังเดินทางอยู่นอกประเทศไทยเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่เกิน 90 วัน ต่อครั้ง และจำนวนเงินจำกัดความรับผิดของบริษัทฯ จะไม่เกินกว่าค่ารักษาพยาบาลวิธีเดียวกัน/แบบเดียวกัน/ชนิดเดียวกันกับ โรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งหากต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในต่างประเทศ
- *** การรับประกันการต่ออายุกรมธรรม์-จะมีผลกรณีที่ผู้อเอาประกันภัยเป็นผู้กรอกใบคำขอเอาประกันภัยด้วยตนเอง หรือดำเนินการแทนบุตรกรณีที่บิดาหรือมารดาทำนั้น

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย รายละเอียดเฉพาะจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
This brochure is not an insurance contract. The specific details are in the Insurance Policy.

Eligibility

1. Thai Citizens, permanent resident of Thai, employment pass holders or work permit holders
2. Adult age 18-59 years. (Renewal up to 75 years subject to yearly review)
3. Children from age 6 months (inclusive), and at least one parent must be included with the same plan and benefits.
4. The company has the right to consider the insurance cover, or insurance premium subject to the applicant's reserved occupation, illness and other medical information or record.

Renewal Term (Premium subject to change)

1. This policy is annual renewal.
2. Only for the applicant who kindly provide to us an updated medical report at the time of application for insurance (minimum requirement for medical report as stipulated by the company)
 - *If the applicant join before the age of 55 years, Renewal is guaranteed for a lifetime or up to the company's max. limit of liability for renewal.
 - If the applicant join as from the age of 55 years, Renewal is guaranteed up to 75 years old or up to the company's max. limit of liability for renewal.

Definition

- * Cover normal, usual and customary charges.
- ** This policy will cover the insured whilst travelling anywhere aboard for a period of 90 consecutive days at a time. and the company's liability is limited to the amount of reasonable and customary charges for equivalent treatment in thailand, if these are lower than the charges actually incurred aboard.
- *** Guaranteed Renewability – provided the application form was completed & signed by the covered person and by the parent for the children.

ติดต่อตัวแทนหรือบริษัทนายหน้าได้ที่

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ตัวแทน นายหน้าของบริษัทฯ หรือสายงานประกันภัยสุขภาพ สำนักงานใหญ่ 0-2679-7600 ต่อ 2171-2174, สาขาเชียงใหม่ 0-5326-2096-7 สาขานครสวรรค์ 0-5633-1858 สาขาขอนแก่น 0-4336-5091-2 สาขาสบุรี 0-3845-5477 สาขาพิจัย 0-3848-9147-9 สาขาสราษร์ 0-7720-5300-2 สาขาภูเก็ต 0-7621-9257-9 สาขาหาดใหญ่ 0-7434-6670-2 สาขาหังสิน 0-3253-6577, 0-3253-6734 สาขาสุนย 0-7796-0178-9

SmartCare Optimum สมาร์ทแคร์ ออฟดีมัม
Table of Premium (Including TAX & Stamp Duty)
 ตารางเบี้ยประกันภัย (รวมภาษีและอากรแสตมป์)

"BASIC" PLAN

(Baht/ Person/Year: บาท/คน/ปี)

Age Range (Years) ช่วงอายุ	"BASIC" PLAN ความคุ้มครองมาตรฐาน	"BASIC" PLAN and OUTPATIENT BENEFIT		
		OPD 20,000	OPD 30,000	OPD 50,000
6 months - 5	23,190	41,847	47,030	51,175
6 - 10	22,086	34,954	38,528	41,388
11 - 15	14,472	21,550	23,515	25,088
16 - 20	14,472	21,550	23,515	25,088
21 - 25	19,822	28,185	30,509	32,366
26 - 30	20,813	29,176	31,500	33,358
31 - 35	23,983	32,990	35,491	37,493
36 - 40	27,153	38,090	41,129	43,558
41 - 45	31,908	44,775	48,349	51,209
46 - 50	35,078	49,876	53,985	57,274
51 - 55	41,418	58,146	62,792	66,509
56 - 60	47,759	66,416	71,598	75,744
61 - 65*	61,828	80,485	85,667	89,813

"CLASSIC" PLAN

(Baht/ Person/Year: บาท/คน/ปี)

Age Range (Years) ช่วงอายุ	"CLASSIC" PLAN ความคุ้มครองมาตรฐาน	"CLASSIC" PLAN and OUTPATIENT BENEFIT		
		OPD 20,000	OPD 30,000	OPD 50,000
6 months - 5	24,896	43,553	48,735	52,881
6 - 10	23,710	36,578	40,152	43,012
11 - 15	15,519	22,596	24,562	26,135
16 - 20	15,519	22,596	24,562	26,135
21 - 25	21,274	29,637	31,961	33,818
26 - 30	22,338	30,701	33,024	34,882
31 - 35	25,748	34,755	37,256	39,258
36 - 40	29,157	40,095	43,133	45,563
41 - 45	34,272	47,139	50,713	53,573
46 - 50	37,681	52,479	56,588	59,877
51 - 55	44,500	61,228	65,874	69,591
56 - 60	51,320	69,977	75,159	79,305
61 - 65*	66,444	85,101	90,283	94,429

"DELUXE" PLAN

(Baht/ Person/Year: บาท/คน/ปี)

Age Range (Years) ช่วงอายุ	"DELUXE" PLAN ความคุ้มครองมาตรฐาน	"DELUXE" PLAN and OUTPATIENT BENEFIT		
		OPD 20,000	OPD 30,000	OPD 50,000
6 months - 5	29,697	48,354	53,536	57,682
6 - 10	28,283	41,151	44,725	47,585
11 - 15	18,494	25,571	27,537	29,110
16 - 20	18,494	25,571	27,537	29,110
21 - 25	25,373	33,736	36,060	37,917
26 - 30	26,642	35,005	37,328	39,186
31 - 35	30,716	39,722	42,224	44,226
36 - 40	34,790	45,727	48,765	51,195
41 - 45	40,900	53,766	57,340	60,200
46 - 50	44,974	59,771	63,880	67,169
51 - 55	53,122	69,849	74,496	78,213
56 - 60	61,269	79,926	85,108	89,254
61 - 65*	79,333	97,990	103,172	107,318

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE (Optional Benefit)

Age Range ช่วงอายุ (Years/ช่วงอายุ) Sum Insured	1,000,000	2,000,000	3,000,000
19 - 60	1,857	3,714	5,571
61 - 65*	2,579	5,158	7,737

Family Discount !!!!

Min. 2 persons	5%
Min. 4 persons	10%

Note: * Renewal Only

- 1) Family discount will be calculated from the premium before TAX & Stamp Duty.
- 2) Family discount will be applicable to the applicants in the same family ; husband, wife and children. (join at the same time)

"SmartCare Optimum" Table of Benefits

STANDARD COVER	MAXIMUM LIMIT (BAHT/PERSON)		
	BASIC	CLASSIC	DELUXE
Policy Annual limit	1,500,000	2,500,000	5,000,000
A. Hospitalisation & Surgery			
1. Daily Room & Board, General Nursing Services (Max./day)	8,000	10,000	12,000
2. Intensive Care Unit			
3. Hospital Miscellaneous Services			
4. Pre-Hospital /Surgery Specialist Consultation (Up to 30 days before admission)			
5. Pre-Hospital /Surgery Diagnosis Services (Up to 30 days before admission)			
6. Post-Hospital /Surgery Treatment (Up to 60 days after admission)			
7. Anesthetist's Fee			
8. In-Hospital Physician's Visit (Max. 1 visit/ day)			
9. Surgeon's Fee			
10. Prosthesis Benefits			
11. Special Nursing and/or Home Nursing- (per disability) (Max. payable 1,500.-/day)	Max 30 days	Max 45 days	Max 60 days
12. Emergency Out-Patient Treatment Due to Accident (Including follow up treatment 30 days as from the accident)	30,000	50,000	70,000
13. Miscarriage due to Accident (per accident)	15,000	15,000	15,000
14. Organ Transplants (annual limit)	500,000	700,000	1,000,000
B. Outpatient Dental Treatment Due to accident (per accident)	15,000	25,000	50,000
C. Dread Disease Recuperation Benefit; Heart Attack, Cancer, Stroke, Coronary Artery By-Pass Surgery, (one time lump-sum payment)	50,000	70,000	100,000
D. Outpatient Kidney Dialysis and Outpatient Cancer Treatment			
- Outpatient Kidney Dialysis (lifetime limit)	150,000	300,000	500,000
- Outpatient Cancer Treatment (lifetime Limit)	150,000	300,000	500,000
E. Personal Accident (PA. 2) Full cover for Murder-Assault & Motorcycling	100,000	100,000	100,000
F. Special Grant			
1. Special Grant (Death Benefit - one time lump-sum payment)	30,000	30,000	30,000
2. Emergency Assistant* - Emergency Medical Repatriation, Repatriation* - Repatriation or Local Burial*	2,500,000	2,500,000	2,500,000
G. Overseas Annual limit	750,000	1,500,000	2,500,000
H. Company's Liability for Life-time Limit (for a guaranteed renewal applicant only)	10,000,000	15,000,000	25,000,000
OPTIONAL BENEFITS			
Outpatient Benefit (OPD) Including doctor consultation, X-ray and Laboratory test, MRI, CT and ECG	Annual limit (Baht)		
	20,000	30,000	50,000
Personal Accident Insurance (PA) - 50 % for Murder-Assault & Motorcycling Optional benefit of PA will not applicable to children aged below 18 years	Sum Insured (Baht)		
	1,000,000	2,000,000	3,000,000

Note:

- 1) The policy annual limit shall apply to all benefits, except Emergency Assistant* in item F.
- 2) For section A14, excluding the cost of acquisition of an organ and all costs incurred by the donor
- 3) For section G. Overseas Annual limit shall apply to all benefits, except Emergency Assistant* in item F.
- 4) For section H. Company's Liability for a Life-time Limit shall apply to all benefits, except Emergency Assistant* in item F.
- 5) Overseas finance payment direct to providers can be arranged where claims exceed Baht 100,000.-
- 6) Day Surgery will be paid under the outpatient benefit, unless such surgery has been authorized by our Hotline Service in advance. For the authorized case, the expenses will be charged under section A. Hospitalisation & Surgery Benefits.
- 7) This insurance premium is applicable for Occupation Class I, II & III only.
- 8) The Personal Accident Insurance Policy will be issued for the optional PA.

"สมาร์ทแคร์ ออฟทีมัม" ตารางผลประโยชน์

ความคุ้มครองมาตรฐาน	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบสูงสุด (บาท/คน)		
	BASIC	CLASSIC	DELUXE
จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบสูงสุด (ต่อปี)	1,500,000	2,500,000	5,000,000
A. การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล และการผ่าตัด			
1. ค่าห้องและค่าอาหาร และค่าการพยาบาล ไม่เกิน (ต่อวัน)	8,000	10,000	12,000
2. ค่าห้องผู้ป่วยอาการหนัก (ICU)			
3. ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดในโรงพยาบาล (ต่อครั้ง)			
4. ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ค่าธรรมเนียมวินิจฉัยโรคที่เกิดขึ้นภายใน 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อครั้ง)			
5. ค่าธรรมเนียมวินิจฉัยโรคที่เกิดขึ้นภายใน 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงและสมเหตุสมผล ตามมาตรฐาน		
6. การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 60 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล (ต่อครั้ง)			
7. ค่าธรรมเนียมวิสัญญีแพทย์ (ต่อครั้ง)			
8. ค่าธรรมเนียมสำหรับการเยี่ยมไข้ของแพทย์ (1 ครั้ง/วัน)			
9. ค่าธรรมเนียมศัลยแพทย์ (ต่อครั้ง)			
10. กายอุปกรณ์เทียม (ที่ใส่ในร่างกาย)			
11. พยาบาลพิเศษที่โรงพยาบาล/และหรือที่บ้าน (ต่อครั้ง) (สูงสุดไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน)	ไม่เกิน 30 วัน	ไม่เกิน 45 วัน	ไม่เกิน 60 วัน
12. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในกรณีฉุกเฉิน สำหรับอุบัติเหตุเท่านั้น (ต่อครั้ง)	30,000	50,000	70,000
13. การแท้งบุตรอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (ต่อครั้ง)	15,000	15,000	15,000
14. การปลูกถ่ายอวัยวะ (ต่อปี)	500,000	700,000	1,000,000
B. การบริการทันตกรรมอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (ต่อครั้ง)	15,000	25,000	50,000
C. ผลประโยชน์พิเศษสำหรับโรคร้ายแรง ได้แก่ โรคมะเร็ง, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหลอดเลือดสมอง หรือได้รับการผ่าตัดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (จ่ายครั้งเดียวเต็มจำนวน)	50,000	70,000	100,000
D. การล้างไต และการรักษาโรคมะเร็งสำหรับผู้ป่วยนอก			
- การล้างไตในกรณีไตวายเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยนอก (วงเงินสูงสุด-ตลอดชีพ)	150,000	300,000	500,000
- การรักษาโรคมะเร็งสำหรับผู้ป่วยนอก (วงเงินสูงสุด-ตลอดชีพ)	150,000	300,000	500,000
E. การเสียชีวิต อวัยวะ รวมการฆาตกรรม และมอเตอร์ไซค์ เต็มทุน หรือทุพพลภาพถาวร จากอุบัติเหตุ (อบ.2)	100,000	100,000	100,000
F. การให้สิทธิพิเศษ			
1. การให้สิทธิพิเศษ - กรณีเสียชีวิต	30,000	30,000	30,000
2. บริการฉุกเฉิน*	2,500,000	2,500,000	2,500,000
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการเคลื่อนย้ายผู้เสียชีวิต*			
G. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ	750,000	1,500,000	2,500,000
H. จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบสูงสุดของบริษัท ตลอดระยะเวลาที่มีการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย (สำหรับผู้ที่บริษัทฯ รับรองการต่ออายุกรมธรรม์เท่านั้น)	10,000,000	15,000,000	25,000,000
ความคุ้มครองพิเศษ (เลือกได้)			
การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)	ผลประโยชน์ (ต่อปี)		
รวมถึง ค่าปรึกษาแพทย์ ค่าเอ็กซเรย์, MRI, CT และ ECG	20,000	30,000	50,000
การประกันภัยอุบัติเหตุเพิ่มเติม (PA)	ทุนประกันภัย (บาท)		
- คุ้มครองการฆาตกรรมและมอเตอร์ไซค์ 50%			
- การขยาย PA นี้ไม่ใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี	1,000,000	2,000,000	3,000,000

หมายเหตุ :

- จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบสูงสุด ต่อไปนี้ใช้กับทุกข้อ ไม่รวมวงเงินการให้บริการฉุกเฉิน* ในข้อ F
- A14. ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับอวัยวะ และจัดหาอวัยวะ รวมถึงค่าใช้จ่ายของผู้บริจาค
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในต่างประเทศนี้ใช้กับทุกข้อ ไม่รวมวงเงินการให้บริการฉุกเฉิน* ในข้อ F
- จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบสูงสุดของบริษัทฯ ตลอดระยะเวลาที่มีการต่ออายุ ข้อ H นี้ใช้กับทุกข้อ ไม่รวมวงเงินการให้บริการฉุกเฉิน* ในข้อ F
- การบริการรับรองค่าสินไหมในต่างประเทศ จะต้องมีวงเงินตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป
- ค่าใช้จ่ายสำหรับการผ่าตัดเล็กจะต้องได้รับการแจ้งกับบริษัทฯ ก่อน มิฉะนั้นจะถือว่าท่านใช้สิทธิ์ของวงเงินผู้ป่วยนอก แต่หากมีการแจ้งบริษัทฯ ก่อน จะได้รับการพิจารณาภายใต้ข้อ A การอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล และการผ่าตัด
- อัตราเบี้ยประกันภัยนี้ใช้สำหรับกลุ่มอาชีพ 1-3 เท่านั้น
- การขยายความคุ้มครองอุบัติเหตุ บริษัทฯ จะออกกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุเป็นรายปี

SmartCare Optimum สมาร์ทแคร์ ออฟดีนัม

Table of Medical Check up

ตารางตรวจสุขภาพ

ช่วงอายุ (AGE)	รายการตรวจสุขภาพ LIST OF MEDICAL (EXAMINATION)
<p>ต่ำกว่า 55 ปี Below 55 Years old</p>	<p>1. ตรวจร่างกายโดยแพทย์ (PE) Physician Examination (PE)</p>
	<p>2. ตรวจความสมบูรณ์ของเลือดและภาวะโลหิตจาง (CBC) Complete Blood Count and Screening of anemia (CBC)</p>
	<p>3. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar Determine (Screening for Diabetes Mellitus)</p>
	<p>4. ตรวจปริมาณไขมันในเส้นเลือด (Cholesterol & Triglycerides) Serum Lipid Determine (Cholesterol & Triglycerides)</p>
	<p>5. ตรวจประสิทธิภาพการทำงานของไต (BUN & Creatinine) Renal Function Test (BUN & Creatinine)</p>
	<p>6. ตรวจหาความผิดปกติของตับ (AST & ALT) Liver Function Test (AST & ALT)</p>
<p>รวม 6 รายการ (TOTAL 6 ITEMS)</p>	
<p>55 ปีขึ้นไป 55 Years and above</p>	<p>7. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) Electrocardiography (EKG)</p>
	<p>8. ตรวจหาอันตรายเสี่ยงของการเกิดโรคเก๊าท์ (Uric Acid) Screening of risk factor Gout (Uric Acid)</p>
	<p>9. ตรวจการทำงานของต่อมธัยรอยด์ (T4,T3) Thyroid Function test (T4,T3)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจหาสารซึ่งบ่งมะเร็งตับ (AFP) Hepatocellular carcinoma marker Screening Test (AFP)
	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจหาสารซึ่งบ่งมะเร็งลำไส้ (CEA) Colon Cancer marker Screening Test (CEA)
	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจหาสารซึ่งบ่งมะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA) - ผู้ชาย Prostate gland cancer marker Screening Test (PSA) - MALE ONLY
	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจมะเร็งปากมดลูก (PAP SMEAR) - ผู้หญิง Screening for cervix cancer (PAP SMEAR) - FEMALE ONLY
<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจมะเร็งเต้านม (MAMOGRAPHY) - ผู้หญิง Breast cancer Determine (MAMOGRAPHY) - FEMALE ONLY 	
<p>รวม 14 รายการ (TOTAL 14 ITEMS)</p>	



SMARTCARE OPTIMUM APPLICATION FOR THE INSURED PERSON (1)

Page 1 of 2

Insured Person # 1: PARTICULARS OF THE INSURED PERSON

1.Applicant's Name

Date of Birth Age (Years) Months

ID.Card No./Passport No. Nationality

Marital Status (please advise) Height (m.) Weight (kg.)

Address

.....

☎ Home 📱 Mobile 📧 E-mail

Occupation (Position) Job Responsibility

Company Name Type of Business

Company address

☎ Office 📠 Fax

Beneficiary Name Relationship to the applicant

Please advise your Smoking Smoking No Yes cigarettes/day, starting from age

and Drinking habits? Drinking No Yes bottles/day, starting from age

CHOICE OF PLAN

Please tick the appropriate box for your family (The same benefits are required for the family discount)

1. Hospitalization and Surgery Care	<input type="checkbox"/> Basic Plan	<input type="checkbox"/> Classic Plan	<input type="checkbox"/> Deluxe Plan
2. Outpatient Care (per annual limit)	<input type="checkbox"/> Baht 20,000	<input type="checkbox"/> Baht 30,000	<input type="checkbox"/> Baht 50,000
3. Personal Accident (Sum Insured)	<input type="checkbox"/> Baht 1,000,000	<input type="checkbox"/> Baht 2,000,000	<input type="checkbox"/> Baht 3,000,000

For Premium Confirmation:	Premium	Family Discount	Premium
Insured Person # 1 Applicant			
Insured Person # 2 Spouse			
Insured Person # 3 Child 1			
Insured Person # 4 Child 2			
Insured Person # 5 Child 3			
Total			

QUESTIONS FOR THE INSURED PERSON

Please tick the appropriate box

	Yes	No
1. Do you have health, life or accident insurance with other Insurers? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever been declined or accepted on special terms for health, life or accident plan? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever undergone a surgical procedure of investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which has not been performed? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you had special treatment with X-Ray, Ultrasound, CT scan, MRI Scan, Biopsy, and Electrocardiogram? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remark: If your answer is "Yes" please provide more details such as name of insurer, reason of decline, special terms, nature of surgical, procedure, etc

.....

.....

.....

.....

SMARTCARE OPTIMUM APPLICATION FOR THE INSURED PERSON (1)

Page 2 of 2

HEALTH DECLARATION OF THE INSURED PERSON Please tick the appropriate box and Fill in the information

Item	NO	YES	Note for illness	Date of Onset	Date of Recovery
1. Any respiratory disorders, lung trouble, asthma, allergy?					
2. Any heart, myocardial or cardiovascular disease?					
3. Any skeletal - muscular system disorders, joint disorders, rheumatism, arthritis, gout or back trouble?					
4. Any digestive disorders?					
5. Any enlarged glands or any form of cancer, tumor non-malignant tumor or mass or cyst?					
6. Any eye, ear, nose or throat disorders and abnormalities?					
7. Any liver and gall bladder disorder i.e. hepatitis cholecystitis, gallstones?					
8. Any reproductive disorders and sexually transmitted diseases?					
9. Any urinary system disorders?					
10. Any circulatory and blood disorders?					
11. Any thyroid gland disorders i.e. hypothyroid, thyrotoxicosis?					
12. Any brain and nervous system disorders and cerebrovascular disease?					
13. Are you currently suffering or ever been following disease? Autistic Epilepsy Diabetes Tuberculosis S.L.E Thalassaemia Dwarfism Renal or Heart Problem					
14. Are you currently taking any medication or undergoing any treatment regularly?					

Remark: If your answer is "Yes", please give more details of the above treatment received such as the hospitals or clinics providing the medical treatment:

.....

.....

.....

.....

.....

We declare that the above answers are full, complete and true and agree that they shall form part of my/our application which shall be the basis of the contract of insurance. We also agree that for health insurance handling, both underwriting and claims process, we authorize any hospital, physician or other person who has attended to us, or examined us or is authorized to maintain medical records, to disclose when requested to do so by AXA Insurance PCL, any and all information with respect to any illness or injury, medical history or treatment. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

We understand that this insurance will not commence until the company has approved my application.

Signature of Applicant

(dd/mm/yyyy)

for and on behalf of my child/children (if proposed to be insured in this policy)

WARNING: OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse claims according the Civil Commercial Code Section 865

SMARTCARE OPTIMUM APPLICATION FOR SPOUSE AND CHILD / CHILDREN (2)

Insured Person # 2: PARTICULARS OF SPOUSE TO BE INSURED

2. Spouse's Name

Date of Birth Age (Years) Months

ID.Card No./Passport No. Nationality

Marital Status (please advise) Height (m.) Weight (kg.)

Occupation (Position) Job Responsibility

Company Name Type of Business

Company address

☎ Office 📱 Mobile 📠 Fax

Beneficiary Name Relationship to the applicant

Please advise your Smoking **Smoking** No Yes cigarettes/day, starting from age

And Drinking habits? **Drinking** No Yes bottles/day, starting from age

NO. 3-5: PARTICULARS OF CHILD/ CHILDREN TO BE INSURED

3. Child' s Name

Date of Birth Age (Years) /Months

ID.Card No./Passport No. Height (m.) /Weight (kg.)

Beneficiary Name Relationship to Child No.3

4. Child' s Name

Date of Birth Age (Years) /Months

ID.Card No./Passport No. Height (m.) /Weight (kg.)

Beneficiary Name Relationship to Child No.4

5. Child' s Name

Date of Birth Age (Years) /Months

ID.Card No./Passport No. Height (m.) /Weight (kg.)

Beneficiary Name Relationship to Child No.5

QUESTIONS FOR SPOUSE and CHILD/CHILDREN TO BE INSURED

(Please tick the appropriate box)

	Yes	No
1. Have you or your child / children proposed for insurance above have health, life or accident insurance with other Insurers? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you or your child / children proposed for insurance above ever been declined or accepted on special terms for health, life or accident plan? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you or your child / children proposed for insurance above ever undergone a surgical procedure of investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you or your child / children proposed for insurance above ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which has not been performed? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you or your child / children proposed for insurance above had special treatment with X-ray, Ultrasound, CT Scan, MRI Scan, Biopsy, Electrocardiogram? (If yes, please provide more details)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remark: If your answer is "Yes" please provide details such as name of insurer, reason of decline, special terms, nature of surgical procedure,

etc.

SMARTCARE OPTIMUM APPLICATION FOR SPOUSE AND CHILD / CHILDREN (2)

HEALTH DECLARATION OF FOR SPOUSE AND CHILD / CHILDREN TO BE INSURED

Please tick the appropriate box and Fill in the information

Item	NO	YES	Note for illness	Date of Onset	Date of Recovery
1. Any respiratory disorders, lung trouble, asthma, allergy?					
2. Any heart, myocardial or cardiovascular disease?					
3. Any skeletal - muscular system disorders, joint disorders, rheumatism, arthritis, gout or back trouble?					
4. Any digestive disorders?					
5. Any enlarged glands or any form of cancer, tumor non-malignant tumor or mass or cyst?					
6. Any eye, ear, nose or throat disorders and abnormalities?					
7. Any liver and gall bladder disorder i.e. hepatitis cholecystitis, gallstones?					
8. Any reproductive disorders and sexually transmitted diseases?					
9. Any urinary system disorders?					
10. Any circulatory and blood disorders?					
11. Any thyroid gland disorders i.e. hypothyroid, thyrotoxicosis?					
12. Any brain and nervous system disorders and cerebrovascular disease?					
13. Are you currently suffering or ever been following disease? Autistic Epilepsy Diabetes Tuberculosis S.LE Thalassemia Dwarfish Renal or Heart Problem					
14. Are you currently taking any medication or undergoing any treatment regularly?					

Remark: If your answer is "Yes", please give more details of the above treatment received such as the hospitals or clinics providing the medical treatment:

.....

.....

.....

.....

.....

We declare that the above answers are full, complete and true and agree that they shall form part of my/our application which shall be the basis of the contract of insurance. We also agree that for health insurance handling, both underwriting and claims process, we authorize any hospital, physician or other person who has attended to us, or examined us or is authorized to maintain medical records, to disclose when requested to do so by AXA Insurance PCL, any and all information with respect to any illness or injury, medical history or treatment. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

We understand that this insurance will not commence until the company has approved my application.

.....
Signature of Applicant (Spouse)

.....
(dd/mm/yyyy)

for and on behalf of my child/children (if proposed to be insured in this policy)

WARNING: OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse claims according the Civil Commercial Code Section 865