

โครงการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ - สุขภาพ
แบบกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ผลประโยชน์สวัสดิการประกันกลุ่ม



รูปแบบโครงการประกันกลุ่ม แก่บุคลากรและครอบครัว

ประเภทความคุ้มครอง แผนประกัน 1-3 และ แผนประกัน 5-7

ประกอบไปด้วย

- การประกันชีวิต
- การประกันอุบัติเหตุ
- การประกันสุขภาพ
 - ✓ IPD
 - ✓ OPD
 - ✓ Dental

ประเภทความคุ้มครอง แผนประกัน 4

ประกอบไปด้วย

- การประกันชีวิต
- การประกันอุบัติเหตุ
- ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุกลุ่ม (รพก.)

ตารางผลประโยชน์ ประกันชีวิต-อุบัติเหตุ (แผนประกัน 1-3 และ แผนประกัน 5-7)

ผลประโยชน์และเงื่อนไขความคุ้มครอง		แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 5	แผน 6	แผน 7
ประกันชีวิตกลุ่ม	คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี ตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก ยกเว้น การฆ่าตัวตายในปีแรกของกรมธรรม์(สมาชิกใหม่) และการถูกฆาตกรรมโดยผู้รับประโยชน์	300,000	300,000	300,000	200,000	100,000	100,000
ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม (อบก. 2.1)	คุ้มครองการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม)	300,000	300,000	300,000	200,000	100,000	100,000
	คุ้มครองการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุค่าชดเชยสองเท่า (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม)	600,000	600,000	600,000	400,000	200,000	200,000
	คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะตามตารางอุบัติเหตุ	1% – 200% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (ตามตารางอุบัติเหตุ 2.1)					

ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม (อบก. 2.1)

- คุ้มครองการเสียชีวิต และ สูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม)
- ขยายความคุ้มครอง การขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์ การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายโดยเจตนา โดยผู้เอาประกันภัยมิได้เข้าร่วมทะเลาะวิวาท หรือ มีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท การจลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิบัติการของผู้ก่อการร้าย โดยผู้เอาประกันภัยมิได้มีส่วนร่วมในการกระทำหรือพยายามทำการใดๆให้เกิดเหตุดังกล่าว สงครามกลางเมือง

อุบัติเหตุพิเศษ

1. อุบัติเหตุเกิดขึ้นในขณะที่กำลังเดินทางในฐานะเป็นผู้โดยสารอยู่ในยานสาธารณะขนส่งทางบก และเดินทางในเส้นทางนั้นเป็นประจำ เช่น รถไฟ รถเมล์ ฯลฯ
2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นในขณะที่อยู่ในลิฟต์โดยสาร **ยกเว้น ลิฟท์เหมืองแร่ และ ลิฟท์ก่อสร้าง**
3. อุบัติเหตุเกิดขึ้นจากการเกิดอัคคีภัยในโรงแรมหรืออาคารสาธารณะอื่นใด

ตารางการประกันอุบัติเหตุกลุ่ม อบก. 2.1

การสูญเสีย	%ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
1. สูญเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุธรรมดา	100
2. สูญเสียการมองเห็นของตาทั้ง 2 ข้างโดยสิ้นเชิงถาวร	100
3. สูญเสียการมองเห็นของตาเพียง 1 ข้างโดยสิ้นเชิงถาวร	100
4. สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานแขนหรือขาทั้ง 2 ข้างโดยสิ้นเชิงถาวร	100
5. สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานของแขนหรือขาเพียงข้างใดข้างหนึ่ง โดยสิ้นเชิงถาวร	100
6. สูญเสียความสามารถในการพูดและสูญเสียความสามารถในการได้ยินของหูทั้ง 2 ข้าง	100
7. แขนและขาทั้งหมดเป็นอัมพาตอย่างถาวร โดยไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้อีก	100
8. สูญเสียความสามารถในการได้ยินของหู โดยสิ้นเชิงถาวร - สำหรับหูทั้ง 2 ข้าง - สำหรับหู 1 ข้าง	75 25
9. สูญเสียความสามารถในการพูด	50
10. สูญเสียเลนส์ตา 1 ข้าง โดยสิ้นเชิงถาวร	50
11. สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งาน โดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วมือทั้ง 5 นิ้ว - มือขวา - มือซ้าย	70 50
12. สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วหัวแม่มือเพียง 1 นิ้ว - มือขวา - มือซ้าย	40 30

ตารางการประกันอุบัติเหตุกลุ่ม อบก. 2.1 (ต่อ)

การสูญเสีย	%ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
13. สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วหัวแม่มือเพียง 1 นิ้ว - ทั้ง 2 ข้อของมือขวา - 1 ข้อของมือขวา - ทั้ง 2 ข้อของมือซ้าย - 1 ข้อของมือซ้าย	30 15 20 10
14. สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานโดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วชี้ นิ้วนาง นิ้วกลาง นิ้วก้อย ไม่ว่าจะ จะเป็นนิ้วใดนิ้วหนึ่งหรือหลายนิ้วรวมกัน - 3 ข้อของมือขวา - 2 ข้อของมือขวา - 1 ข้อของมือขวา - 3 ข้อของมือซ้าย - 2 ข้อของมือซ้าย - 1 ข้อของมือซ้าย	10 7.5 5 7.5 5 2
15. สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งาน โดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วเท้า - ทั้งหมดทุกนิ้วของทั้ง 2 เท้า - ทั้ง 2 ข้อของนิ้วหัวแม่เท้า ของเท้าใดเท้าหนึ่ง - 1 ข้อของนิ้วหัวแม่เท้า ของเท้าใดเท้าหนึ่ง - นิ้วเท้าอื่นแต่ละนิ้วนอกจากนิ้วหัวแม่เท้า ของเท้าใดเท้าหนึ่ง	15 5 3 1
16. กระดูกขาแตกหรือกระดูกสะบ้าหักจนไม่สามารถทำการรักษาให้เชื่อมต่อกันได้	10
17. การสั้นลงของขา วัดได้อย่างน้อย 5 เซนติเมตร	7.5
18. ความทุพพลภาพอย่างถาวรนั้นมิได้ถูกบัญญัติให้ได้รับความคุ้มครองภายใต้เหตุการณ์ตั้งแต่ข้อที่ 7 ถึง 17 ของตารางรายการทดแทนนี้	(อัตราร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัยในแต่ละรายการซึ่งได้กำหนดขึ้นตามความเห็นของบริษัทนั้นเป็นอัตราร้อยละของความทุพพลภาพ โดยมีได้มีการพิจารณาถึงอาชีพของผู้เอาประกันภัยแต่อย่างใดและเป็นสิ่งซึ่งไม่ขัดกันกับการจ่ายจำนวนเงินค่าทดแทนการสูญเสียซึ่งได้มีการกำหนดไว้แล้วภายใต้เหตุการณ์ตั้งแต่ข้อที่ 7 ถึงข้อที่ 17 ของตารางรายการทดแทนนี้)

ข้อยกเว้น - การประกันอุบัติเหตุกลุ่ม

1. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล
2. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยล่าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โดดร่ม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลรูม หรือเครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ปีน หรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศ และ เครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
3. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา ยาเสพติด หรือสารเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือด ให้ถือเกณฑ์ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

เป็นต้น

ตัวอย่างการจ่ายสินไหมการประกันชีวิต - อุบัติเหตุ

นาย ก, นาย ข และ นาย ค เป็นผู้ขอเอาประกันภัยในแผนประกันที่ 1
(การประกันชีวิต 300,000 บาท และการประกันอุบัติเหตุ 300,000 บาท)



ตัวอย่างที่ 1

กรณีเสียชีวิต

นาย ก เสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ
เช่น มะเร็ง เบาหวาน ความดัน
เส้นเลือดสมอง ตีบ แตก ตัน
เป็นต้น

ได้รับทุนประกันชีวิต 300,000 บาท

สินไหมจ่ายทั้งสิ้น
300,000



ตัวอย่างที่ 2

กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ

นาย ข ประสบอุบัติเหตุทาง
รถยนต์ หรือเกิดอุบัติเหตุจากสิ่ง
ที่ไม่คาดฝัน

ได้รับทุนประกันอุบัติเหตุ 300,000 บาท
และทุนประกันชีวิต 300,000 บาท

รวมสินไหมจ่ายทั้งสิ้น
600,000



ตัวอย่างที่ 3

กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ

นาย ค กำลังโดยสารอยู่บนรถ
ประจำเส้นทางที่จดทะเบียนขนส่ง
ทางบก เช่น รถเมล์ รถไฟฟ้า เกิด
อุบัติเหตุทำให้เสียชีวิต

ได้รับทุนประกันอุบัติเหตุ 300,000 บาท
ทุนประกันอุบัติเหตุพิเศษ 300,000 บาท
และได้รับทุนประกันชีวิต 300,000 บาท

รวมสินไหมจ่ายทั้งสิ้น
900,000

ตารางผลประโยชน์ ประกันสุขภาพ (แผนประกัน 1-3 และ แผนประกัน 5-7)

ผลประโยชน์และเงื่อนไขความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 5	แผน 6	แผน 7
การรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) - เข้ารับการรักษาตัวในรพ. ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง						
<input type="checkbox"/> ค่าห้องและค่าอาหาร ต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 120 วัน) > ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (I.C.U.) (สูงสุดไม่เกิน 30 วัน)	3,000 6,000	2,100 4,200	4,000 8,000	1,600 3,200	1,100 2,200	1,100 2,200
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาล > <u>รวม OPD follow up ภายใน 31 วัน</u> หลังออกจากโรงพยาบาล > ค่ารถพยาบาลฉุกเฉิน	31,000 3,000	31,000 2,100	31,000 4,000	21,000 1,600	16,000 1,100	16,000 1,100
<input type="checkbox"/> ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ (จ่ายตามจริง-สูงสุดไม่เกิน)	41,000	41,000	41,000	31,000	21,000	21,000
<input type="checkbox"/> ค่าแพทย์ตรวจรักษาประจำวัน ต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 120 วัน)	1,000	1,000	1,000	700	500	500
<input type="checkbox"/> ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค (ต่อครั้ง)	3,000	3,000	3,000	2,500	2,000	2,000
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินขณะเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ภายใน 72 ชั่วโมง รวมถึง follow up หลังออกจากโรงพยาบาล จนกว่าจะหาย	10,000	6,000	10,000	5,000	4,000	4,000
การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)	20,000 ต่อปี	20,000 ต่อปี	20,000 ต่อปี	15,000 ต่อปี	10,000 ต่อปี	ครึ่งละ 600 วันละ 1 ครั้ง (สูงสุด31ครั้งต่อปี)
การรักษาทันตกรรม - วงเงินค่ารักษาต่อปี	3,000	3,000	3,000	2,000	1,000	2,000

ตารางผลประโยชน์ ประกันชีวิต-อุบัติเหตุ (แผนประกัน 4)

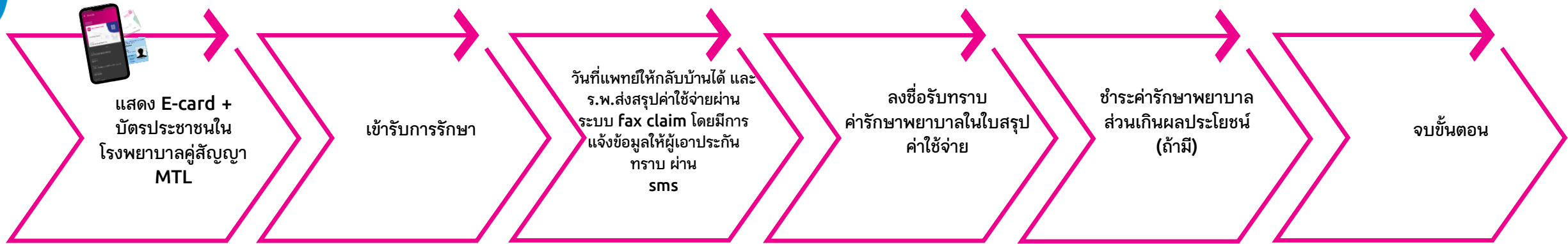
ผลประโยชน์และเงื่อนไขความคุ้มครอง		แผน 4
ประกันชีวิตกลุ่ม	คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี ตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก ยกเว้น การฆ่าตัวตายในปีแรกของกรมธรรม์(สมาชิกใหม่) และการถูกฆาตกรรมโดยผู้รับประโยชน์	10,000
ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม (อบก. 2.1)	คุ้มครองการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม)	300,000
	คุ้มครองการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุค่าชดเชยสองเท่า (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม)	600,000
	คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะตามตารางอุบัติเหตุ	1% – 200% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (ตามตารางอุบัติเหตุ 2.1)
ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุกลุ่ม (รพก.)	ค่าชดเชยการรักษาพยาบาลสูงสุดต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	30,000

Claims



1. รักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (Fax Claim) - ใช้บัตรประกันสุขภาพ

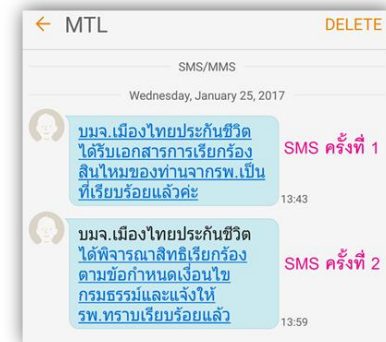
*** ระบบ Fax Claim 0 2274 9400 ต่อ 5465 – 66 ให้บริการทุกวัน เวลา 8.30 - 20.00 น.



2. รักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก - ใช้บัตรประกันสุขภาพ



ตัวอย่าง SMS

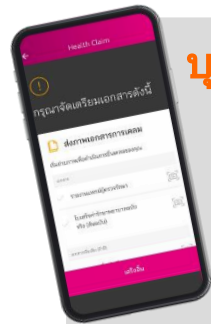


3. เข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาของ MTL

ส่งเอกสารตัวจริงเบิกผ่านฝ่ายสิทธิประโยชน์



บุคลากรส่ง E-Claim ด้วยตนเอง



* (นับจากวันที่ MTL ได้รับเอกสารครบถ้วน) โอนเข้าบัญชี KBank ใช้เวลา 3 วันทำการ, ธนาคารอื่น ๆ 5 วันทำการ / จ่ายเช็คในนามนิติบุคคล ใช้เวลา 4 วันทำการ

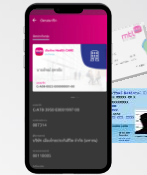
Hospitals & Clinics



สถานพยาบาลคู่สัญญากับโครงการเมืองไทยเฮลท์แคร์

รวมโรงพยาบาลที่ให้บริการทั้งหมด

1. โรงพยาบาลรัฐบาล	55	แห่ง
2. โรงพยาบาลเอกชน	277	แห่ง
3. โรงพยาบาลในต่างประเทศ	2	แห่ง
4. คลินิก	<u>199</u>	แห่ง
รวมทั้งหมด	<u>533</u>	แห่ง



ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2565

โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพและปริมณฑล ที่เปิดให้บริการ ระบบ Fax Claim

1. โรงพยาบาลศิริราช
2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. โรงพยาบาลรามาริบัติ
4. โรงพยาบาลตำรวจ
5. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
6. โรงพยาบาลศิริราช (ปิยะมหาราชากรณย์)*
7. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน*

ใช้เครดิตได้เฉพาะ
ผลประโยชน์ IPD



โรงพยาบาลตำรวจ
Police General Hospital



โรงพยาบาลรามาริบัติ

* สามารถใช้บริการได้ทั้ง IPD และ OPD

MTL Click Application



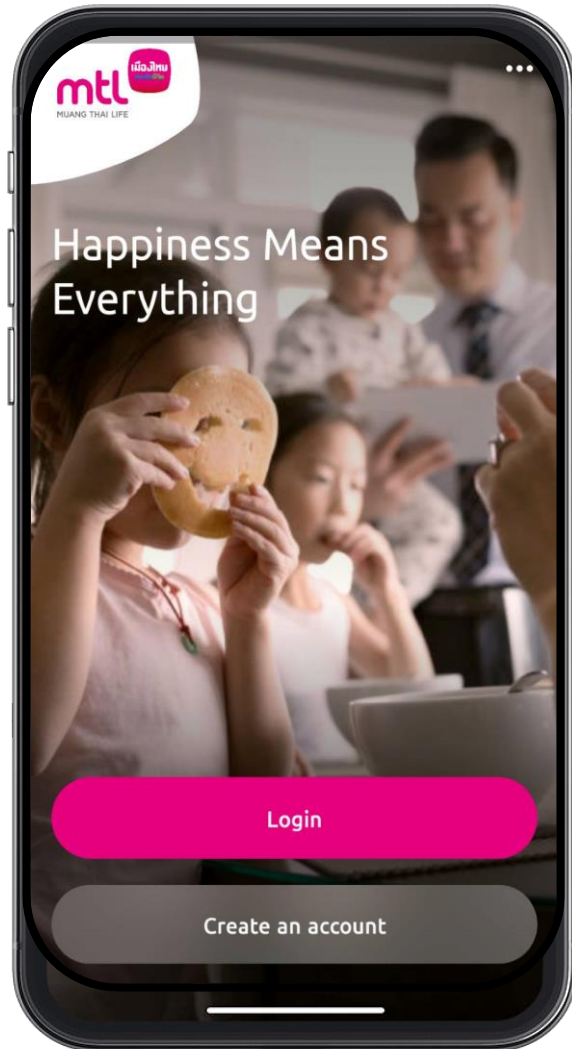


MTL Click

The new face of insurance
เพื่อประสบการณ์ที่เหนือกว่า

- ลูกค้า MTL สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเพื่อดูผลประโยชน์ประกันกลุ่ม รวมถึง OPD คางเหลื่อแบบเรียลไทม์
- สมาชิกเมืองไทย Smile Club สามารถแลกคะแนน smilepoint ได้ทันที
- และสิทธิประโยชน์อื่นๆ อีกมากมาย

เริ่มรับบริการได้ง่ายๆ เพียง



1. ดาวน์โหลด MTL Click Application ลงทะเบียน
2. สร้าง User Name และ Password
3. เพิ่มกรรมธรรม์ (รายเดี่ยวหรือรายกลุ่ม)

Scan for download **MTL Click**

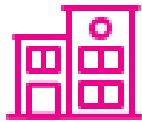




ครอบคลุมทุกบริการ สะดวก ครบ จบในแอปเดียว



เข้าถึงกรมธรรม์มีที่ฉบับ
เลือกดูผลประโยชน์และความคุ้มครอง
ทั้งประกันกลุ่มและประกันรายบุคคล



ค้นหาโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด
ค้นหาโรงพยาบาลคู่สัญญา
ได้อย่างง่ายดาย



**ชีวิตง่ายกับบัตรในรูปแบบ
E-Card**
สะดวก ไม่ต้องพกพา ไม่ต้องสำรองจ่าย



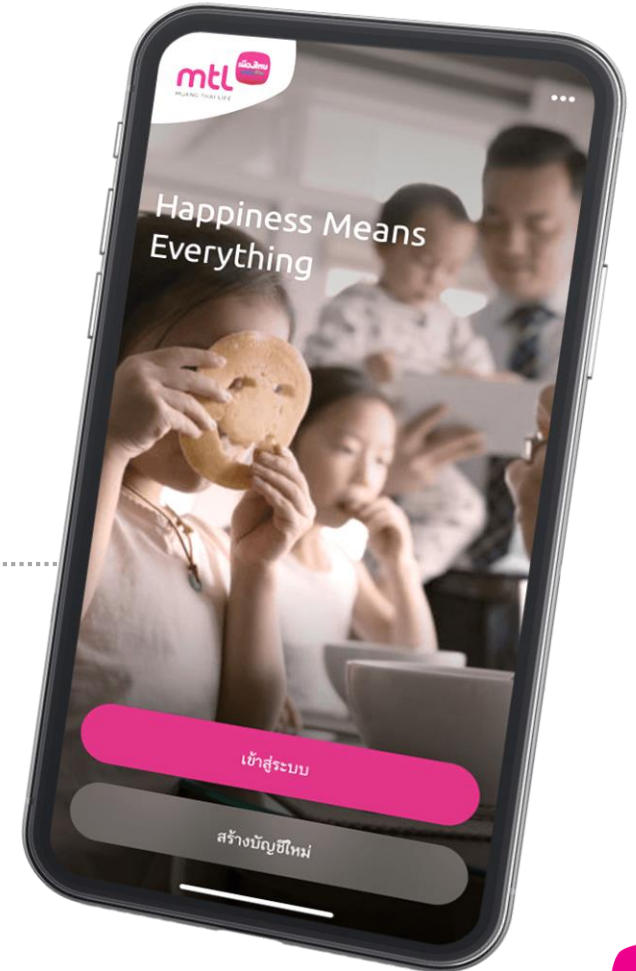
ไม่ต้องสำรองจ่าย
สะดวกโดยไม่ต้องสำรองจ่าย
เมื่อเข้ารับการรักษาในรฐานะผู้ป่วย
นอก (OPD) กับโรงพยาบาลคู่สัญญา



บริการยื่นเคลมออนไลน์
บริการยื่นเอกสารการเคลม
ติดตามและแจ้งเตือน
สถานะการเคลม



ปรึกษาหมอออนไลน์
มีปัญหาเรื่องสุขภาพ ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็
พบหมอออนไลน์ได้ทันที ตลอด 24
ชั่วโมง



กรรมธรรม์ของฉัน

- เช็กรายการกรรมธรรม์ที่มีที่ฉบับเลือกดูผลประโยชน์และความคุ้มครองได้ง่ายๆ ในคลิกเดียว
- ตรวจสอบความคุ้มครองได้ทั้งประกันภัยรายเดี่ยว และประกันภัยกลุ่ม โดยแยกตามประเภทความคุ้มครอง



การดูรายละเอียดกรมธรรม์ และ ข้อมูลการเคลม

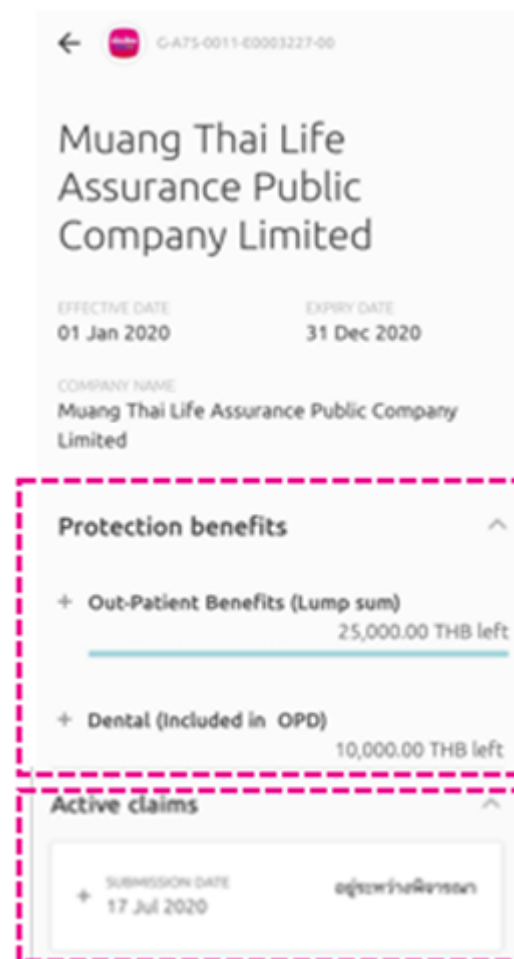
คลิก "กรมธรรม์ของฉัน" หรือ "แถบกรมธรรม์" ที่หน้าจอหลัก



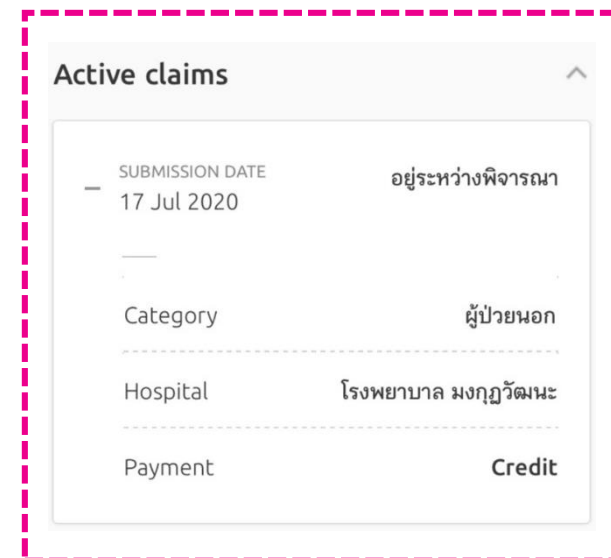
คลิกที่ชื่อบริษัท



ตรวจสอบผลประโยชน์ ได้ตามแต่ประเภทความคุ้มครอง



คลิกที่ "ประวัติการเคลม" เพื่อดูข้อมูลประวัติการเคลมของท่าน

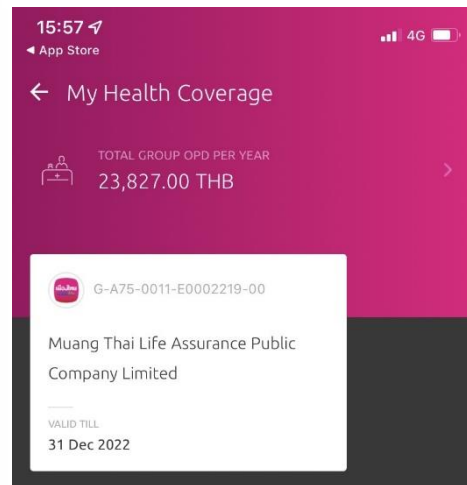


การแสดงผลข้อมูลแผนความคุ้มครองคู่สมรสและบุตร (กรณีบริษัทฯซื้อความคุ้มครองให้คู่สมรสและบุตร)

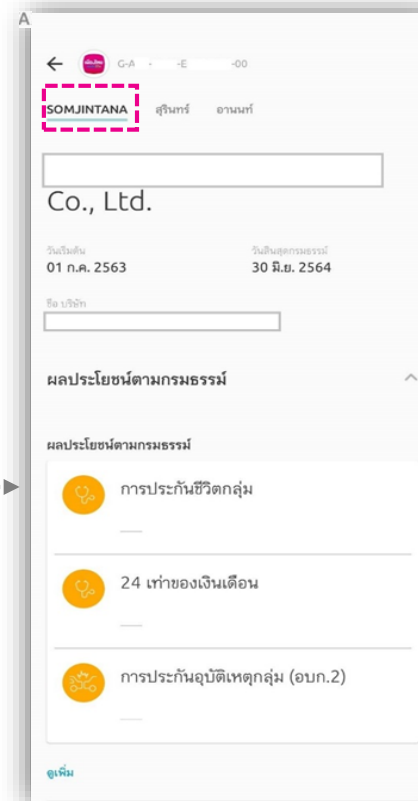
เลือก "กรมธรรม์ของฉัน" หรือ "แถบกรมธรรม์" ที่หน้าจอหลัก



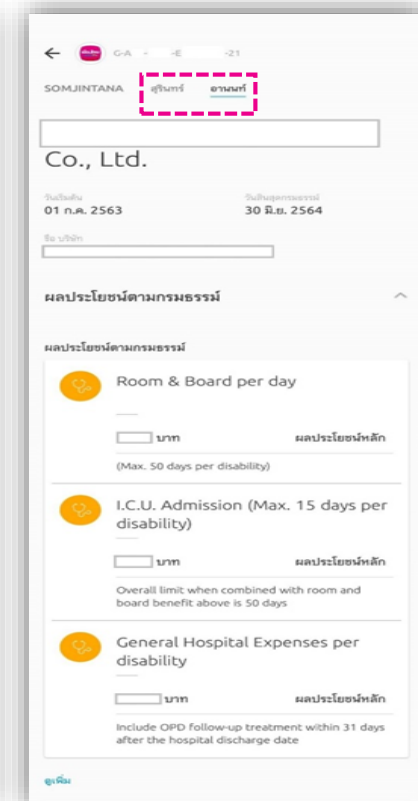
เลือกประเภทความคุ้มครอง และเลือกชื่อบริษัท



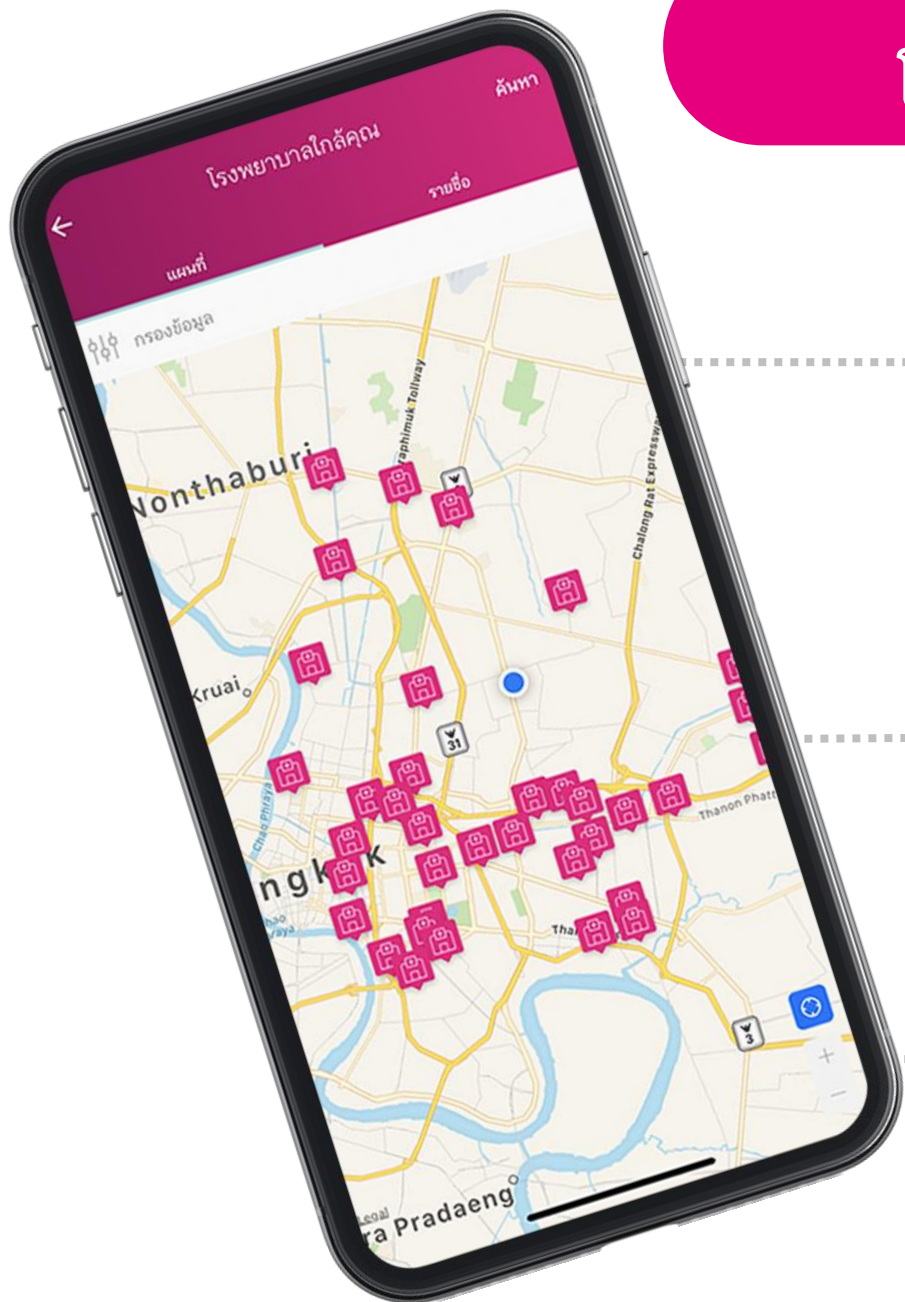
แผนความคุ้มครอง – พนักงาน



แผนความคุ้มครอง – คู่สมรส และ บุตร



สถานพยาบาลคู่สัญญา โครงการเมืองไทยเฮลท์แคร์



ไม่ต้องสำรองจ่าย

เข้ารับที่โรงพยาบาลคู่สัญญา ตามสิทธิ
ความคุ้มครอง โดยไม่ต้องสำรองจ่าย
ที่สถานพยาบาลคู่สัญญา 533 แห่ง



สถานพยาบาลคู่สัญญา

เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทกำหนด

- คลินิก 199 แห่ง
- โรงพยาบาลเอกชน 277 แห่ง
- โรงพยาบาลรัฐบาล 55 แห่ง



โรงพยาบาลในต่างประเทศ

เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทกำหนด

- Lao Asean Hospital ประเทศลาว
- Kasemrad International Hospital Vientiane ประเทศลาว

บัตรประกัน (E-Card)



ไม่ต้องพกบัตรหลายใบ
สะดวก รวดเร็ว



ลดภาระการจัดการเรื่องบัตร
สำหรับ HR



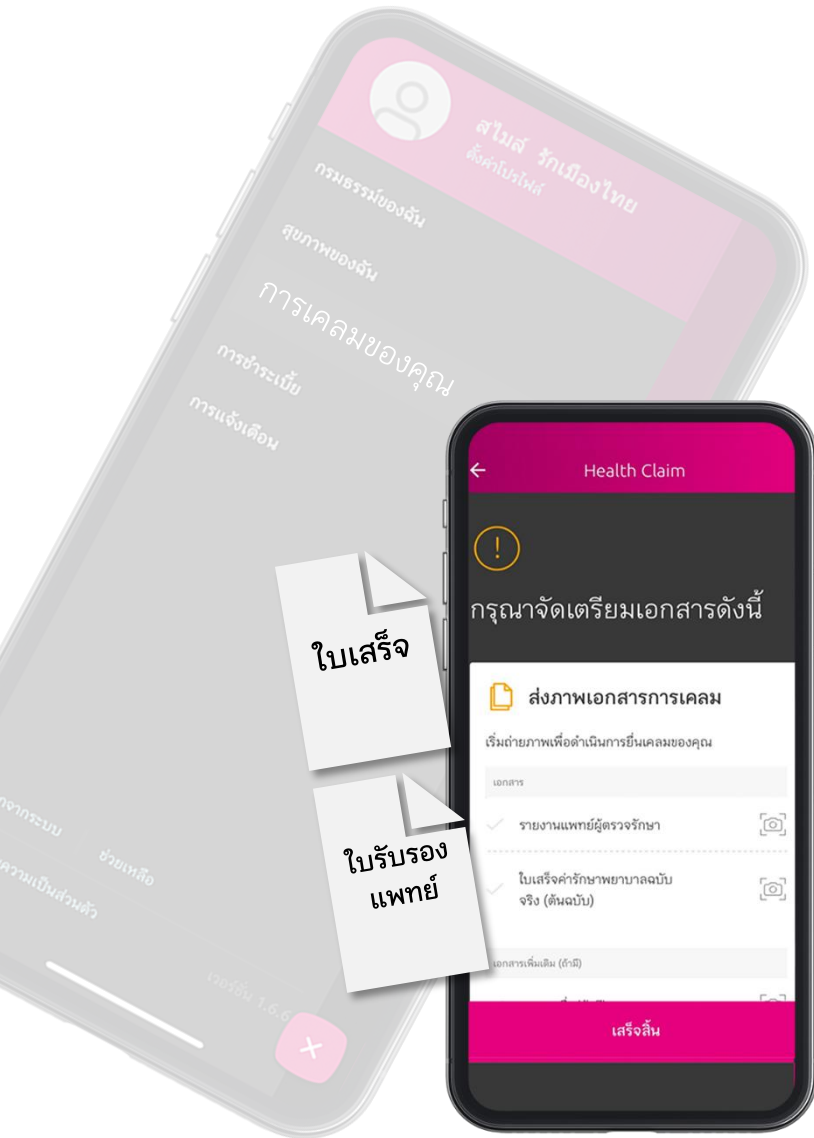
ไม่ต้องสำรองจ่าย เพียงแสดงบัตร
ประชาชน* หรือ บัตรประกัน (E-Card)*
ใน MTL Click เพื่อแสดงสิทธิ เมื่อเข้ารับ
บริการที่สถานพยาบาลคู่สัญญา



หมดกังวลเรื่องการลืมบัตร
หรือบัตรหาย

การเคลมของฉัน (My Claim)

ให้ชีวิตง่ายขึ้น ด้วยบริการยื่นเอกสารเคลมผ่านแอปพลิเคชัน ด้วยการอัปโหลดเอกสารและดำเนินการตามขั้นตอนง่ายๆ



ลดขั้นตอน



ลดภาระในการจัดการ
ด้านเอกสารเคลม และ
การติดตามสำหรับ HR

ประหยัดเวลา



ระยะเวลาการเคลม
ภายใน 3-5 วันทำ
การ หลังจากได้รับ
เอกสารการเคลม
ครบถ้วนผ่านระบบ
ออนไลน์

ติดตามสถานะ



พนักงานสามารถเช็ค
สถานะการเคลมได้ด้วย
ตนเองใน MTL Click

เงื่อนไขการให้บริการ My Claim

01



ลงทะเบียนด้วยอีเมล

ผู้ใช้บริการต้องทำการลงทะเบียนอีเมล ในแอปพลิเคชัน MTL Click ก่อนเริ่มต้นใช้งาน (เฉพาะครั้งแรกเท่านั้น)

02



จำนวนการยื่นเคลม

การยื่นออนไลน์เคลมสามารถทำได้ ไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อปีกรรมธรรม์ (พิจารณาจ่ายตามวงเงินผลประโยชน์) โดยเอกสารการเคลมต้องมีอายุไม่เกิน 30 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา

****เงื่อนไขพิเศษสำหรับการให้บริการประกันกลุ่มแก่บุคลากรและครอบครัว จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เท่านั้น****

03



ยอดการเคลมสูงสุดต่อการรักษาหนึ่งครั้ง

ยอดการเคลมสูงสุดต่อการรักษาหนึ่งครั้ง (ต่อหนึ่งใบเสร็จ) ผ่านแอปพลิเคชัน MTL Click คือ
ก. 5,000 บาท/ครั้ง/สำหรับผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือ ทันตกรรม
ข. 20,000 บาท/ครั้ง/สำหรับผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน

เงื่อนไขการให้บริการ My Claim

04



กรอกข้อมูลและแนบรูปภาพ

กรอกข้อมูลและแนบสำเนารูปภาพตามขั้นตอนที่ระบุผ่านแอปพลิเคชัน MTL Click

05



ไม่ให้บริการนอกประเทศ

การยื่นออนไลน์เคลมผ่านแอปพลิเคชัน MTL Click **ไม่สามารถให้บริการได้นอกประเทศไทย**

06



เก็บเอกสารต้นฉบับไว้ 12 เดือน

เอกสารต้นฉบับที่มีการถ่ายรูปประกอบการยื่นเคลมผ่านช่องทางออนไลน์ ถือเป็นเอกสารสำคัญตามที่ระบุในสัญญาประกันภัยกลุ่ม โดยบริษัทฯ อาจมีการขอเอกสารดังกล่าวเพื่อประกอบการพิจารณาการเคลม ทั้งนี้ หากผู้เอาประกันภัยไม่สามารถนำส่งเอกสารดังกล่าวมายังบริษัทฯ ได้ ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาการเคลมในครั้งนั้นๆ* และขอสงวนสิทธิ์ในการระงับการให้บริการยื่นเคลมออนไลน์ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

บริการปรึกษาแพทย์ออนไลน์ ตลอด 24 ชั่วโมง (Telemedicine)

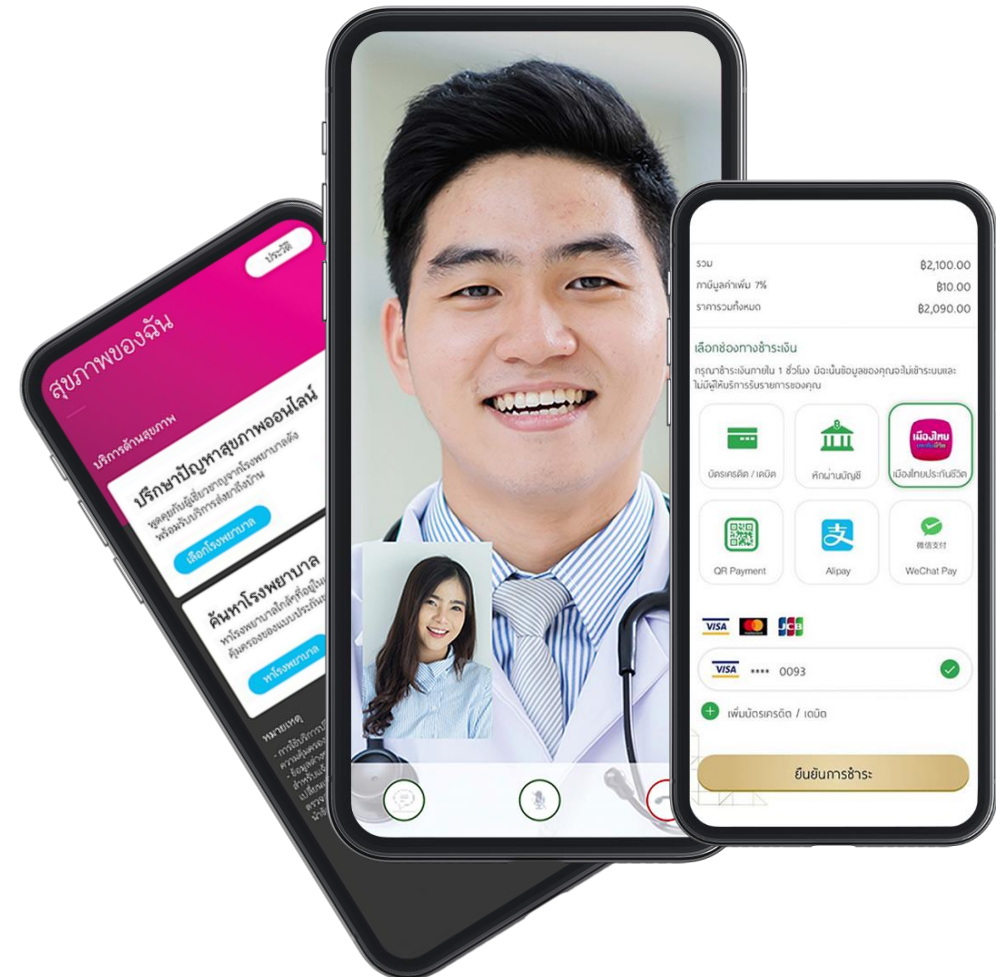
(บริการพิเศษสำหรับลูกค้าที่มีความคุ้มครองสุขภาพแบบ OPD)

➤ พบแพทย์ได้ทุกที่ทุกเวลา ผ่าน Video Call
ด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลคู่สัญญา

➤ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
ช่วยให้การพบแพทย์เป็นเรื่องง่าย โดยไม่ต้องออกจากบ้าน

➤ ไม่ต้องสำรองจ่าย
สามารถเลือกหักค่าแพทย์และ ค่ายาจาก
ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอกตามสิทธิได้ทันที

➤ บริการส่งยา
มีบริการส่งยาจากโรงพยาบาลถึงมือคุณ
(มีค่าจัดส่ง)



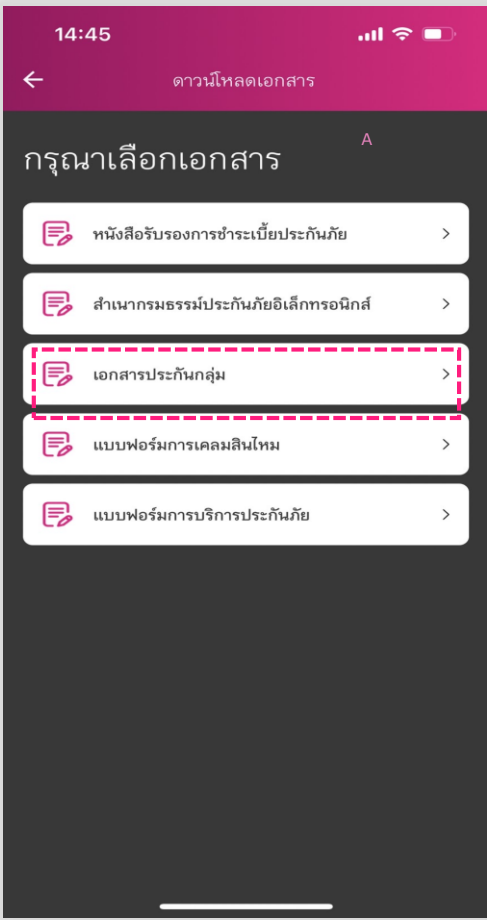
*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ และโรงพยาบาลกำหนด / ค่าส่งยาเป็นไปตามที่โรงพยาบาลกำหนด

ดาวน์โหลดคู่มือการใช้งาน และเอกสารประกันกลุ่ม

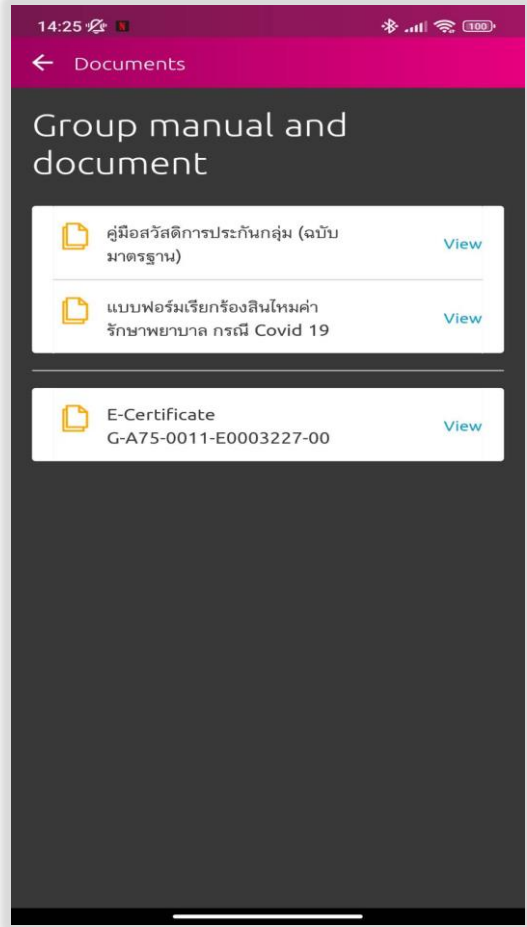
เลือกเมนู
"ดาวน์โหลดเอกสาร" ที่หน้าหลัก



เลือก "เอกสารประกันกลุ่ม"

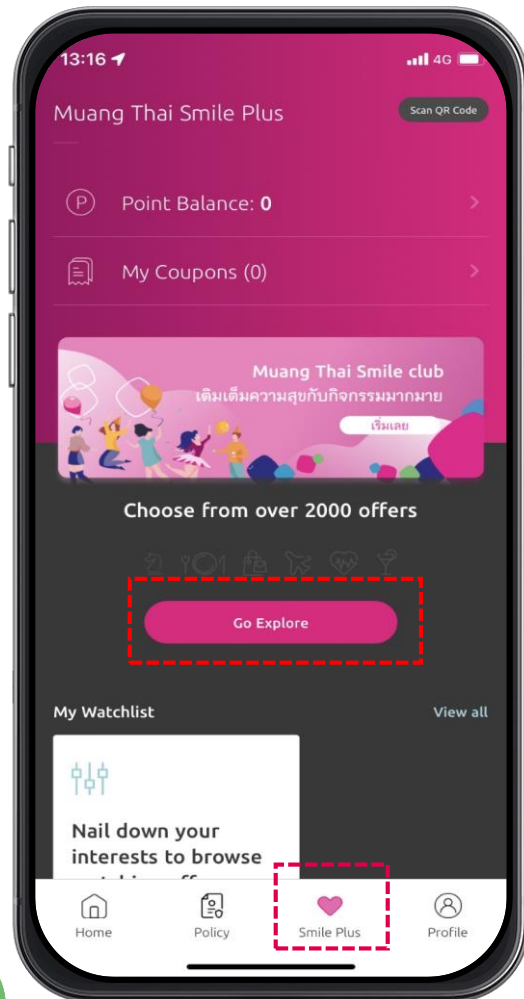


กดเลือกเอกสารที่ต้องการดาวน์โหลด

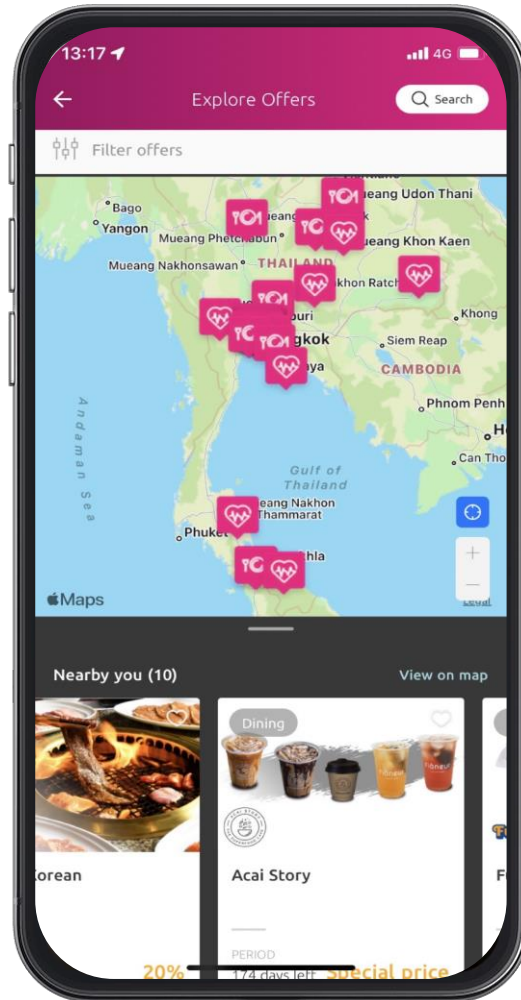


เมืองไทยสไมล์ พลัส

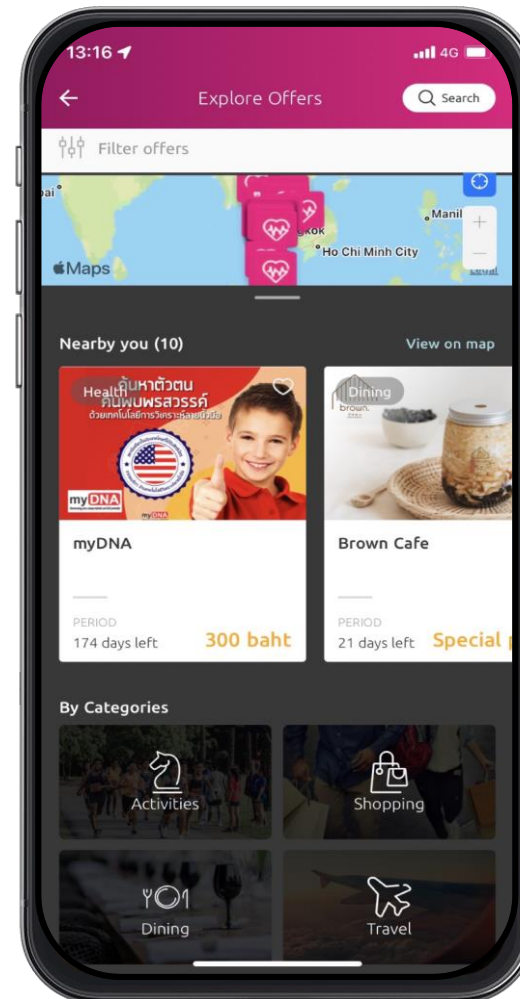
เลือกแถบเมนู "Smile Plus" และ
เลือก "ดูเพิ่มเติม"



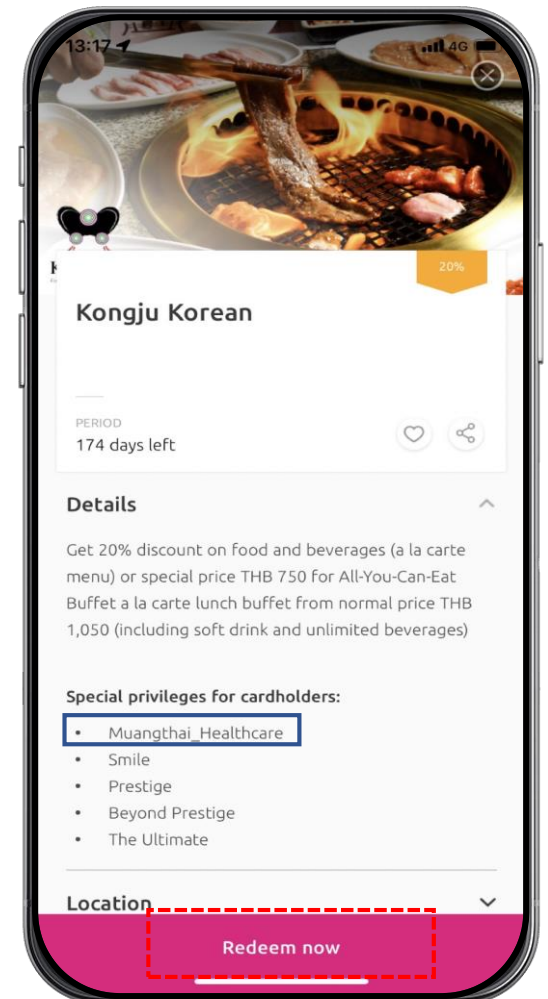
เลือกค้นหาร้านอาหารและบริการ
จาก แผนที่



หรือ พิมพ์ค้นหาชื่อร้านอาหารหรือ
บริการ



กด "แลกรับสิทธิ์"
และส่งให้กับพนักงานร้าน
ภายใน 15 นาที



บทความสุขภาพ

เลื่อนลงจากหน้าหลัก เลือก
“บทความสุขภาพ”



เลือกหัวข้อที่น่าสนใจ



การสมัครขอเอาประกัน



เอกสารที่ต้องกรอกประกอบการทำประกันกลุ่ม

ประเภทสมาชิก	สมาชิกต่อเนื่อง	สมาชิกใหม่
สมาชิกหลัก (มหาวิทยาลัย/หน่วยงาน จ่ายเบี้ยให้) • ประเภท 1 - 2	ใบผู้รับผลประโยชน์ (รับประกันต่อเนื่องจากบริษัทประกันเดิม)	ใบผู้รับผลประโยชน์
สมาชิกภาคสมัครใจ (ชำระเบี้ยประกันเอง) • ประเภท 3 - 4 • สมาชิกสมทบ ค1 - ค2	1. ตารางผลประโยชน์เลือกแผนประกัน 2. ใบคำขอเอาประกันกลุ่ม แบบเพิ่มการใช้สิทธิ์ยกเว้นภาษี ✗ ไม่ต้องตอบคำถามส่วนที่ 3 (รับประกันต่อเนื่องจากบริษัทประกันเดิม)	1. ตารางผลประโยชน์เลือกแผนประกัน 2. ใบคำขอเอาประกันกลุ่ม แบบเพิ่มการใช้สิทธิ์ยกเว้นภาษี ✓ ตอบคำถามส่วนที่ 3 (6 ข้อ)
สมาชิกที่ประสงค์ซื้อความคุ้มครอง ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (แผน 4) (ชำระเบี้ยประกันเอง / เบิก Flex Ben)	ใบผู้รับผลประโยชน์	

ใบผู้รับผลประโยชน์

1 กรอกข้อมูลส่วนบุคคลให้ครบถ้วน

หนังสือแจ้งผู้รับผลประโยชน์กรมประกันชีวิตกลุ่ม
Letter Identifying Beneficiaries of Group Insurance Policy

ชื่อผู้รับผลประโยชน์: _____ รหัสพนักงาน: _____
 Employee No. _____

เลขบัตรประชาชน: _____ วัน/เดือน/ปีเกิด: _____ อายุ: _____ ปี
 ID Card No./Passport No. _____ Birth Date _____ Age _____

เพศ: ชาย หญิง
 Sex Male Female

สถานะ: โสด แต่งงาน หย่า ว่าง
 Status Single Married Divorced Widowed

ที่อยู่: _____
 Address _____

โทรศัพท์บ้าน: _____ โทรศัพท์มือถือ: _____ อีเมล: _____
 Home phone Mobile Phone Email Address

2 ระบุข้อมูลผู้รับผลประโยชน์ให้ครบถ้วน

ลำดับ No.	ชื่อผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary name	ความสัมพันธ์ Relationship	ส่วนแบ่งผลประโยชน์ (%) % Share
4			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลผู้รับผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในเอกสารแนบมานี้เป็นความจริงและถูกต้องตามที่ปรากฏในเอกสารแนบมา และข้าพเจ้าขอแจ้งให้ผู้รับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูลดังกล่าว

I do hereby certify this letter identifying beneficiary according to the group insurance policy that the policyholder has made with the insurer previously every copy (if any) which shall take into account the letter specifying the latest effective date as important.

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หากข้าพเจ้าได้ส่งมอบต้นฉบับใบรับรองการกำหนดผู้รับผลประโยชน์เดิมของตนให้แก่ผู้รับผลประโยชน์แล้ว และผู้รับผลประโยชน์อื่นใดมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้าขอแจ้งให้ผู้รับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูลดังกล่าว
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การจ่ายผลประโยชน์ใด ๆ และการเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผลประโยชน์ ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม อยู่ภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่ม ที่ข้าพเจ้าขอรับรองให้ผู้รับผลประโยชน์ได้รับทราบ
- ข้าพเจ้าขอแจ้งให้ผู้รับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูลดังกล่าว และข้าพเจ้าขอแจ้งให้ผู้รับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูลดังกล่าว

I have acknowledged that, if I have submitted the original group insurance certificate to any beneficiary and such beneficiary has notified in writing expressing his intention to accept benefits according to this policy, to the insurer (if any) I cannot change such beneficiary except I and such beneficiary agree to change otherwise, which will be notified in writing to the insurer later.

I have acknowledged that, payment of any benefits and the change of beneficiary, including a change in proportion of benefit, according to group insurance policy under specified conditions herein made with insurer.

ข้าพเจ้าขอแจ้งให้ผู้รับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูลดังกล่าว และข้าพเจ้าขอแจ้งให้ผู้รับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูลดังกล่าว

If insured does not identify the beneficiary name, Company and insurer will be paid to beneficiary by the relevant law.

บทนิยามและ:

- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ของฉันได้โดยเปิดเผย และยินยอมที่จะเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของฉันแก่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ฉันหรือตัวแทนของฉันจำเป็นต้องยื่นคำขอประกันชีวิตหรือการชำระเงินค่าสินไหมทดแทน
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ของฉันได้โดยเปิดเผย และยินยอมที่จะเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของฉันแก่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ฉันหรือตัวแทนของฉันจำเป็นต้องยื่นคำขอประกันชีวิตหรือการชำระเงินค่าสินไหมทดแทน
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หากข้าพเจ้าได้ส่งมอบต้นฉบับใบรับรองการกำหนดผู้รับผลประโยชน์เดิมของตนให้แก่ผู้รับผลประโยชน์แล้ว และผู้รับผลประโยชน์อื่นใดมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้าขอแจ้งให้ผู้รับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูลดังกล่าว

เพื่อเป็นหลักฐานต่อสาธารณะที่มิได้มีพยาน
IN WITNESS WHEREOF, hereby undersigned in the presence of the witnesses

ลงชื่อ _____ ผู้รับผลประโยชน์ Insured Signature
 (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน Witness
 (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน Witness
 (_____)

วันที่ _____
 Issue Date

3 สมาชิกลงนามในช่อง "ผู้ขอเอาประกันภัย"

ตารางผลประโยชน์เลือกแผนประกัน

ตารางผลประโยชน์เลือกแผนประกัน สำหรับผลิตภัณฑ์ 1565							
จำนวนผู้ครอง	ผลประโยชน์เลือกในจำนวนผู้ครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)					
		แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
1	การชดเชยค่ารักษาพยาบาล	300,000	300,000	300,000	10,000	200,000	100,000
2	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	300,000	300,000	300,000	300,000	200,000	100,000
3	ค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	-	-	-	30,000	-	-
4.1	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	3,000	2,100	4,000	-	1,600	1,100
4.2	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	6,000	4,200	8,000	-	3,200	2,200
4.3	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	31,000	31,000	31,000	-	21,000	16,000
4.4	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	3,000	2,100	4,000	-	1,600	1,100
4.5	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	41,000	41,000	41,000	-	31,000	21,000
4.6	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	1,000	1,000	1,000	-	700	500
4.7	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	10,000	6,000	10,000	-	5,000	4,000
4.8	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	3,000	3,000	3,000	-	2,500	2,000
4.9	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	-	-	-	-	-	600
4.10	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	20,000	20,000	20,000	-	15,000	10,000
4.11	การชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย	3,000	3,000	3,000	-	2,000	2,000
รวม		8,370,000	7,560,000	8,800,000	800,000	5,800,000	4,020,000

1 พิจารณาเลือกแผนความคุ้มครอง

2 เลือก ✓ แผนประกันที่ต้องการ

3 ลงชื่อในช่อง "ผู้สมัครขอเอาประกัน"

แผน 1
 แผน 2
 แผน 3
 แผน 4
 แผน 5
 แผน 6
 แผน 7

ชื่อ ผู้สมัครขอเอาประกัน
 (.....)



รูปแบบการกรอกใบคำขอ (หน้าที่ 2)

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ : (ถ้าไม่ได้รับส่วนของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)
 Part.2. Beneficiary: (If the allocation for each beneficiary is not specified, the Company assumes that all allocations are in equal proportion)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Full Name	เลขประจำตัวประชาชนหรือ เลขที่บัตรประชาชนหรือเลข ออกให้ ID Card /Passport / Government Issued ID No.	อายุ Age	ความสัมพันธ์ Relationship	ที่อยู่ Address	ร้อยละของ ผลประโยชน์ % of Benefit
นาย XXXXXX XXXXXX			บิดา		60%
นาง XXXXXXX XXXXXXX			มารดา		60%

คำขอร้อง: เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาเรื่องรับประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับสมาชิกผู้ขอรับประกันด้วย (Note: For prompt underwriting, please identify the beneficiaries who have a relationship as parents, spouse, children or relatives with the member underwriting under the application.)

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้ขอประกัน และ สุขภาพของบุคคลในครอบครัวของสมาชิกผู้ขอประกันด้วย
 Part.3 Questions on the medical history or treatment of the insurance applicant, and Questions about the health of applicant's family members

- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาน หรือข้อสงสัยจากแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคกระเพาะ หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรง หรือไม่
 Have you ever been diagnosed or been advised or been treated for heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases by a physician? ใช่ ไม่ใช่
- ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยมีกรณแพทย์ หรือรับการรักษานที่โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใด ๆ ที่มีกล่าวข้างต้น หรือไม่
 Have you ever suffered from illness or had serious injury or received consultation or been treated in a hospital or clinic or been advised about any treatment not stated above during the past 2 years? ใช่ ไม่ใช่
- ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้น หรือไม่
 Have you ever had or been advised to have any surgical operation? ใช่ ไม่ใช่
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอคืนเงินผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทหรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่
 Have you ever been declined or postponed or charged for extra premium or charged the conditions for the application or reinstatement or renewal of a policy by this company or other companies? ใช่ ไม่ใช่
- ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีมี ภาวะส่วนใดของร่างกายพิการและหรือทุพพลภาพ หรือไม่
 Do you currently have healthy body and mind; do not have any disabilities or deformation, no AIDS, or any critical illnesses? ใช่ ไม่ใช่
- บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การขยายขนาดหัวใจหรือการปะทะทางจิต โรคอัลไซเมอร์หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมีดตีหลังคอโรนาไวรัส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่
 Have any of your family members (father, mother, husband, wife, siblings) ever been diagnosed with heart disease, stroke, cancer, diabetes, kidney disease, hypertension, suicide attempt or mental illness, blood disease or hepatitis, AIDS (HIV), multiple sclerosis, Alzheimer's disease, or Parkinson's disease by a physician? ใช่ ไม่ใช่

หมายเหตุ: ถ้าคำตอบข้อ 1 - 6 เป็นหรือใช่ โปรดระบุเลขที่คำถามและรายละเอียด ชื่อโรคอาการบาดเจ็บ วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจรักษา ผลการตรวจรักษา ยาหรือวิธีอื่น หรือตรวจเช็คร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา และในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด (สำหรับข้อ 6 ด้ตอบว่าเป็น โปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น)
 Remark: If any of the answers to questions 1 through 6 is "Yes", please specify the question number and details of disease/injury, diagnosis/treatment date, results of the examination/treatment, cured or not, or having health checkup/being on medication, medical center for examination/treatment. In case of an accident, please provide full details below. (For question No. 6, if the answer is yes, please specify only diseases that your family member has or used to have.)

สมาชิกต่อเนื่อง
 ระบุรายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ ส่วนที่ 2 เท่านั้น

บริษัทจะพิจารณารับประกันต่อเนื่องจากบริษัทประกันเดิม

สมาชิกใหม่
 ระบุรายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ ส่วนที่ 2 และตอบคำถามสุขภาพ ส่วนที่ 3

พร้อมระบุหมายเหตุรายละเอียดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยให้ครบถ้วน



ตัวอย่างการตอบคำถามสุขภาพ (ส่วนที่ 3)

สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย และ สุขภาพของบุคคลในครอบครัวของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

Part.3 Questions on the medical history or treatment of the insurance applicant, and Questions about the health of applicant's family members

1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรง หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever been diagnosed or been advised or been treated for heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases by a physician?	Yes	No
2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใด ๆ ที่มีกล่าวข้างต้น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever suffered from illness or had serious injury or received consultation or been treated in a hospital or clinic or been advised about any treatment not stated above during the past 2 years?	Yes	No
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever had or been advised to have any surgical operation?	Yes	No
4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เนื่องจากรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever been declined or postponed or charged for extra premium or charged the conditions for the application or reinstatement or renewal of a policy by this company or other companies?	Yes	No
5. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีมี ทุพพลภาพหรือพิการและ/หรือทุพพลาภาพหรือไม่ ป่วยเป็นโรคอ้วน หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป็นโรคร้ายแรงใด ๆ	<input checked="" type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Do you currently have healthy body and mind; do not have any disabilities or deformation, no AIDS, or any critical illnesses?	Yes	No
6. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรือการป่วยทางจิต โรคเอดส์ หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลึไส้ซอมเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have any of your family members (father, mother, husband, wife, siblings) ever been diagnosed with heart disease, stroke, cancer, diabetes, kidney disease, hypertension, suicide attempt or mental illness, blood disease or hepatitis, AIDS (HIV), multiple sclerosis, Alzheimer's disease, or Parkinson's disease by a physician?	Yes	No

หมายเหตุ: ถ้าคำตอบข้อ 1 – 6 เป็นหรือใช่ โปรดระบุเลขที่คำถามและรายละเอียด ชื่อโรค/อาการบาดเจ็บ วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจรักษา ผลการตรวจรักษา หายดีหรือยัง หรือตรวจเชิงรุกร่างกาย / กายาอยู่หรือไม่ สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา และในกรณีที่ใช้ยาหรือรับประทานยา (สำหรับข้อ 6 ถ้าตอบว่า เป็น โปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น)

Remark: If any of the answers to questions 1 through 6 is "Yes", please specify the question number and details of disease/injury, diagnosis/treatment date, results of the examination/treatment, cured or not, or having health checkup/being on medication, medical center for examination/treatment. In case of an accident, please provide full details below. (For question No. 6, if the answer is yes, please specify only diseases that your family member has or used to have.)

.....

.....

.....

มีประวัติการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย และ สุขภาพของบุคคลในครอบครัวของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

Part.3 Questions on the medical history or treatment of the insurance applicant, and Questions about the health of applicant's family members

1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรง หรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever been diagnosed or been advised or been treated for heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases by a physician?	Yes	No
2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใด ๆ ที่มีกล่าวข้างต้น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever suffered from illness or had serious injury or received consultation or been treated in a hospital or clinic or been advised about any treatment not stated above during the past 2 years?	Yes	No
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever had or been advised to have any surgical operation?	Yes	No
4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เนื่องจากรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have you ever been declined or postponed or charged for extra premium or charged the conditions for the application or reinstatement or renewal of a policy by this company or other companies?	Yes	No
5. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีมี ทุพพลภาพหรือพิการและ/หรือทุพพลาภาพหรือไม่ ป่วยเป็นโรคอ้วน หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป็นโรคร้ายแรงใด ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Do you currently have healthy body and mind; do not have any disabilities or deformation, no AIDS, or any critical illnesses?	Yes	No
6. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรือการป่วยทางจิต โรคเอดส์ หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลึไส้ซอมเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่
Have any of your family members (father, mother, husband, wife, siblings) ever been diagnosed with heart disease, stroke, cancer, diabetes, kidney disease, hypertension, suicide attempt or mental illness, blood disease or hepatitis, AIDS (HIV), multiple sclerosis, Alzheimer's disease, or Parkinson's disease by a physician?	Yes	No

หมายเหตุ: ถ้าคำตอบข้อ 1 – 6 เป็นหรือใช่ โปรดระบุเลขที่คำถามและรายละเอียด ชื่อโรค/อาการบาดเจ็บ วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจรักษา ผลการตรวจรักษา หายดีหรือยัง หรือตรวจเชิงรุกร่างกาย / กายาอยู่หรือไม่ สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา และในกรณีที่ใช้ยาหรือรับประทานยา (สำหรับข้อ 6 ถ้าตอบว่า เป็น โปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น)

Remark: If any of the answers to questions 1 through 6 is "Yes", please specify the question number and details of disease/injury, diagnosis/treatment date, results of the examination/treatment, cured or not, or having health checkup/being on medication, medical center for examination/treatment. In case of an accident, please provide full details below. (For question No. 6, if the answer is yes, please specify only diseases that your family member has or used to have.)

.....

.....

.....

ข้อ 1 ความดันโลหิตสูง และไขมันพอกตับ พบแพทย์ทุก 3 เดือนที่รพ.ศิริราช

ข้อ 5 เป็นความดันโลหิตสูงและไขมันพอกตับ

Call Center 1766 กด 8

ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ไม่เว้นวันหยุด

สามารถดาวน์โหลด MTL Click Application ผ่าน App Store หรือ Play Store ได้แล้ววันนี้ โดยค้นหาคำว่า “MTL Click” หรือ สแกน QR Code ด้านล่างนี้

