

# CASHIER DEPARTMENT

---

การตรวจสอบหน้าบัตรประกัน  
การตรวจสอบสิทธิประกัน

## “MUST KNOW”

### Deductible (De-Duct)

คือ วงเงินความรับผิดชอบส่วนแรก ที่ผู้เอาประกันต้องชำระเองจนครบวงเงินตามสัญญาที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ก่อน จึงจะสามารถวางบิลเต็มจำนวนได้

### Co-Payment (Co-Pay)

คือ สัดส่วนการจ่ายบิลร่วมระหว่างบริษัทประกันกับผู้เอาประกัน ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ซึ่งผู้เอาประกันต้องชำระ **Co-Pay** ก่อนเท่านั้น โรงพยาบาลจึงจะสามารถวางบิลส่วนที่เหลือให้ได้

### Exclusion (Excl)

คือ โรคยกเว้นตามกรมธรรม์ความคุ้มครอง ผู้ป่วยต้องชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดเท่านั้น ไม่สามารถวางบิลได้

### Waiting Period (WP)

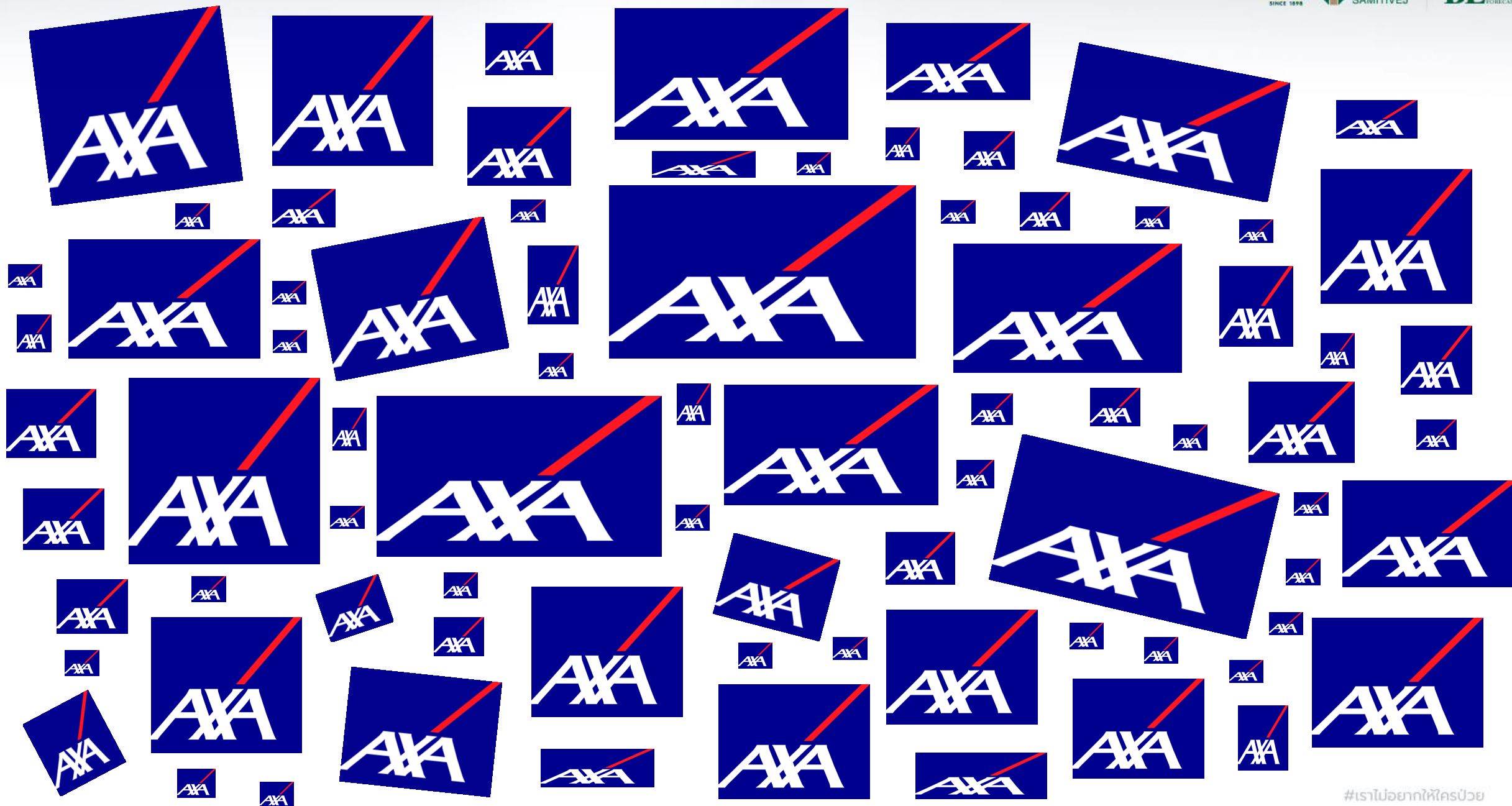
คือ ระยะเวลารอคอย หมายถึงช่วงเวลาที่ยังไม่เริ่มความคุ้มครอง ผู้เอาประกันยังไม่สามารถเคลมในช่วงเวลาดังกล่าวได้ โรงพยาบาลไม่สามารถวางบิลได้ ผู้เอาประกันต้องชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ส่วนใหญ่มักกินเวลาตั้งแต่ 30 วัน 90 วัน หรือ 120 วัน ขึ้นอยู่กับประกันแต่ละประเภทหรือแต่ละโรค

## วิธีการตรวจสอบบัตรประกันสุขภาพ และการตรวจสอบสิทธิประโยชน์ของบัตรประกัน

“สิ่งที่ต้องดู”



- ตรวจสอบชื่อบริษัทประกัน (Company Name)
  - \* ต้องเป็นบัตรประกันของบริษัทที่มีคู่สัญญากับโรงพยาบาลเท่านั้น ถ้าไม่มีคู่สัญญา ต้องแจ้งให้ผู้ป่วย PAY & CLAIM พร้อมเตรียมเอกสารในการเคลมให้ผู้ป่วยทุกครั้ง
- รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ (Name-Surname)
  - \* ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้อง
- แผนประกันภัย/แผนความคุ้มครอง (Insurance Plan)
  - \* มีความคุ้มครอง OPD หรือไม่
  - \* มี DEDUCTIBLE/CO-PAYMENT ที่ต้องชำระหรือไม่
- อาณาเขตคุ้มครอง (Area of Cover)
  - \* สามารถใช้ในประเทศไทยได้หรือไม่
- ระยะเวลาความคุ้มครอง/วันที่เริ่มและสิ้นสุดความคุ้มครอง (Effective Date & Expiry Date) / (Start Date & End Date)
  - \* บัตรประกันต้องไม่หมดอายุ
  - \* ในกรณีที่แพทย์สั่งยาเกิน 30 วัน ต้องตรวจสอบว่าจำนวนยาที่แพทย์สั่ง เกินจากระยะเวลาความคุ้มครองของกรมธรรม์หรือไม่ ถ้าเกิน ต้องแจ้งและสอบถามผู้ป่วยทุกครั้งว่าจะรับยาหรือไม่ เนื่องจากประกันจะไม่คุ้มครองยาในส่วนที่เกินจากระยะเวลาความคุ้มครอง
- ข้อยกเว้น (Exclusion)
  - \* ตรวจสอบว่ามีโรคยกเว้นใดๆหรือไม่



## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



**International Exclusive**

ชื่อ - นามสกุล : **SAARA NORDBLOM**  
Name - Surname

กรมธรรม์เลขที่ : **2023-G0017173 (ICS-IPD Deduct 5,000)**  
Policy No.

แผนประกันภัย : **OPD Co-payment 10% (per visit)**  
Insurance Plan  
CO-PAYMENT 5% up to 30,000 THB for IPD, IPD/OPD Cancer (per visit)

อาณาเขตคุ้มครอง : **WORLDWIDE EXCLUDING USA**  
Area of cover

วันที่เริ่มคุ้มครอง : **01/07/2023**      วันที่หมดอายุ : **30/06/2024**  
Effective Date      Expiry Date

00123-00

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์  
ชื่อ-นามสกุล

แผนประกันภัย / ความคุ้มครอง  
มี CO-PAY ที่ต้องชำระ

อาณาเขตคุ้มครอง  
สามารถใช้ได้ทั่วโลก ยกเว้นใน  
สหรัฐอเมริกา

ระยะเวลาความคุ้มครอง

## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



**International Exclusive**

AXA

ชื่อ-นามสกุล : **BRONA SODEN**  
Name - Surname

กรมธรรม์เลขที่ : **2023-G0016200**  
Policy No.

แผนประกันภัย : **T-BKK PREP (IPD DD.5,000)**  
Insurance Plan CO-PAYMENT 5% (IPD/OPD)

อาณาเขตคุ้มครอง : **THAILAND**  
Area of cover

วันที่เริ่มคุ้มครอง : **01/08/2023**  
Effective Date

วันหมดอายุ : **31/07/2024**  
Expiry Date

00026-00

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์  
ชื่อ-นามสกุล

แผนประกันภัย / ความคุ้มครอง  
มี CO-PAY ที่ต้องชำระ

อาณาเขตคุ้มครอง  
สามารถใช้ได้ในประเทศไทย  
เท่านั้น

ระยะเวลาความคุ้มครอง



## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



International Exclusive	
ชื่อ - นามสกุล : Name - Surname	CLAIRE JASMINE BAILEY HERSLOV
กรมธรรม์เลขที่ : Policy No.	2023-G0016162 MINOR HOTEL GROUP LIMITED
แผนประกันภัย : Insurance Plan	T-IE-GOLD WW X US (Deductible 3,000/Year) OPD Co-pay 20% for other hospitals+clinics, 30% for Bumrungrad
อาณาเขตคุ้มครอง : Area of cover	WORLDWIDE EXCLUDING USA
วันที่เริ่มคุ้มครอง : Effective Date	01/07/2023
วันหมดอายุ : Expiry Date	30/06/2024
00007-02	

01/07/2023

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์  
ชื่อ-นามสกุล / บริษัท


แผนประกันภัย / ความคุ้มครอง  
มี DEDUCTIBLE / CO-PAY ที่ต้องชำระ

อาณาเขตคุ้มครอง  
สามารถใช้ได้ทั่วโลก ยกเว้นใน  
สหรัฐอเมริกา

ระยะเวลาความคุ้มครอง

## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร





**International  
Exclusive**

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์  
ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ - นามสกุล : **CHARLOTTE LEELAPANYALERT HANSEN**  
 กรมธรรม์เลขที่ : **2023-G0018524**

แผนประกันภัย / ความคุ้มครอง  
มี DEDUCTIBLE / CO-PAY ที่ต้องชำระ

แผนประกันภัย : **T-NIST (IPD+OPD)**  
DEDUCTIBLE: OPD 10,000/YEAR, CO-PAYMENT: OPD 20%/VISIT

อาณาเขตคุ้มครอง : **WORLDWIDE EXCLUDING USA**

วันที่เริ่มคุ้มครอง : **02/05/2024**    วันหมดอายุ : **31/07/2024**

อาณาเขตคุ้มครอง  
สามารถใช้ได้ทั่วโลก ยกเว้นใน  
สหรัฐอเมริกา

ระยะเวลาความคุ้มครอง

00214-02





**LMG**  
**Insurance**



**LMG**  
**Insurance**

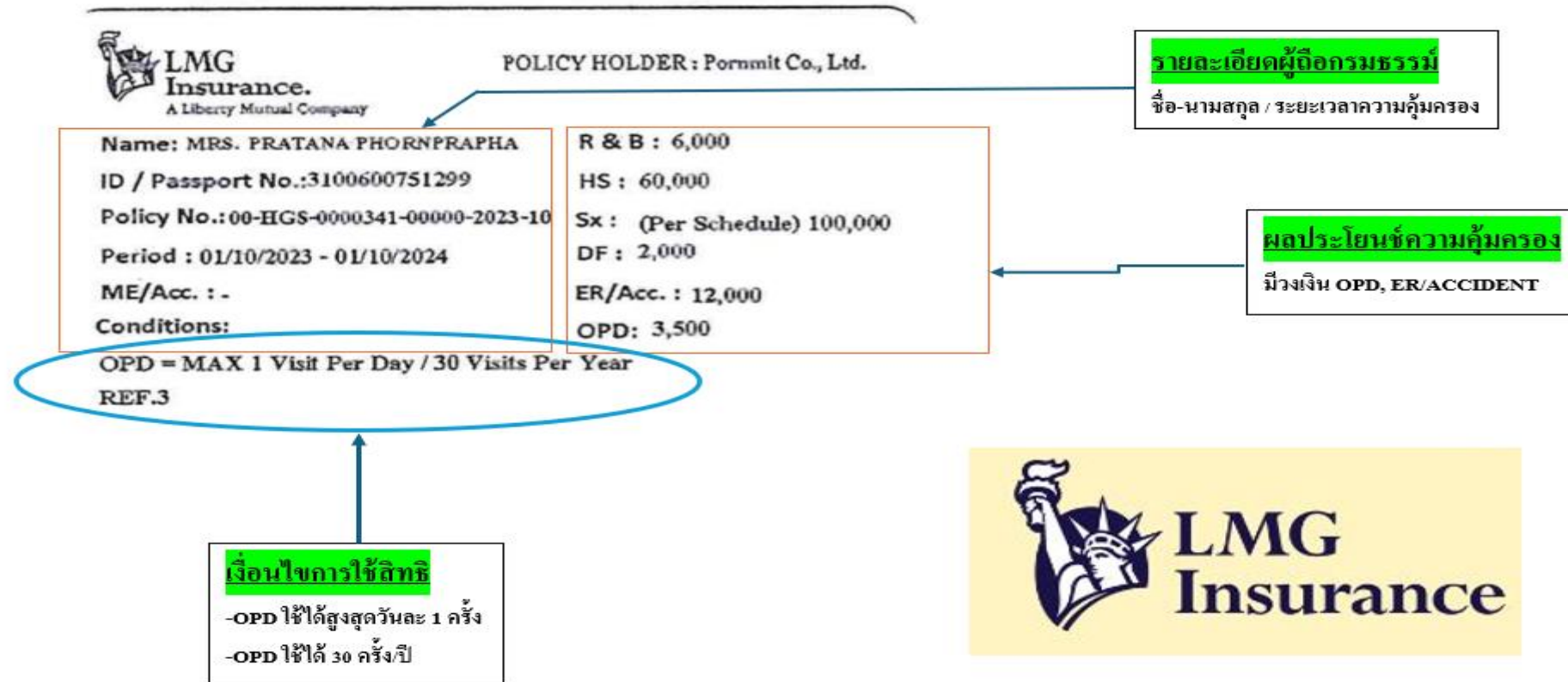


**LMG**  
**Insurance**

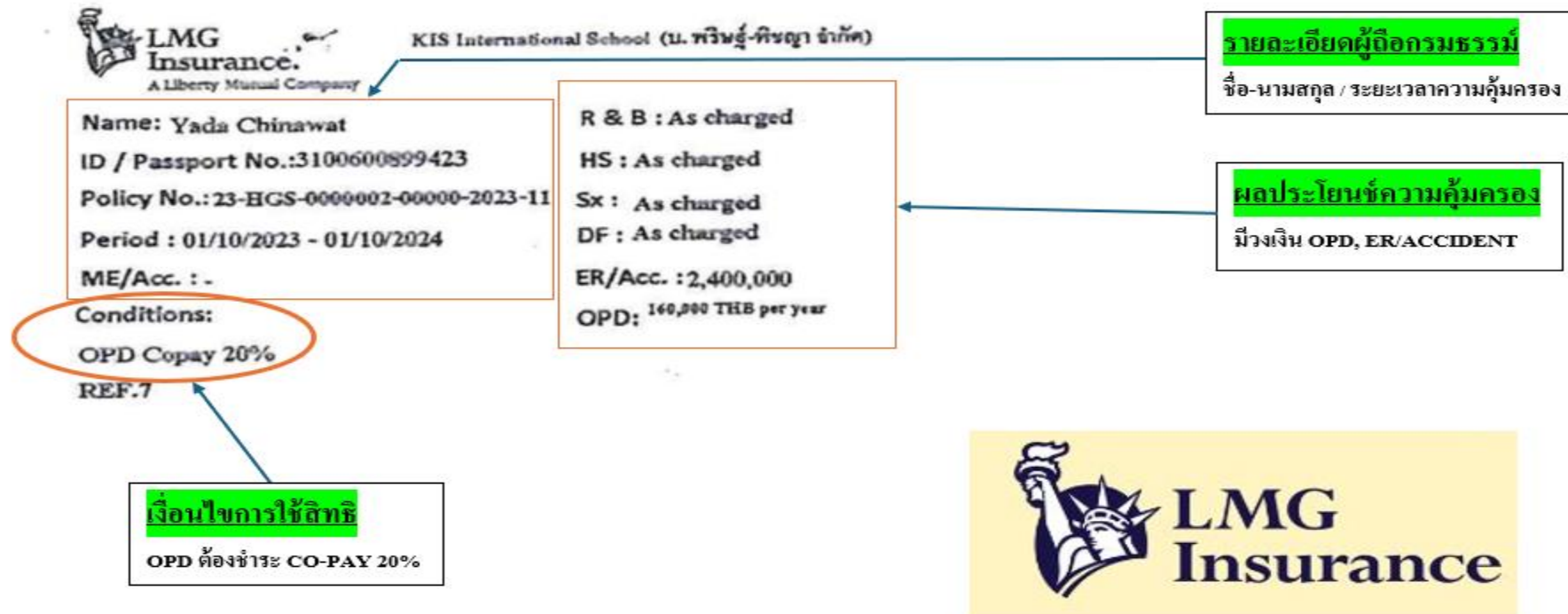


**LMG**  
**Insurance**


## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



**Elite Series 2021**

**รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์**  
ชื่อ-นามสกุล / ระยะเวลาความคุ้มครอง


Name: น.ศ. อรุณา มาลีนาท  
ID / Passport No.: 3100902024365  
Policy No.: 79-HIS-0000037-00000-2024-01  
Period : 22/01/2024 - 22/01/2025  
Product Type : EG211  
Exclusions : No  
Dental Not cover

R & B : 16,000  
HS : As charged  
Sx : As charged  
DF : As charged  
ER/Acc 24 hr As charged  
OPD: As charged/Thyus 50,000

**ผลประโยชน์ความคุ้มครอง**  
มีวงเงิน OPD, ER/ACCIDENT

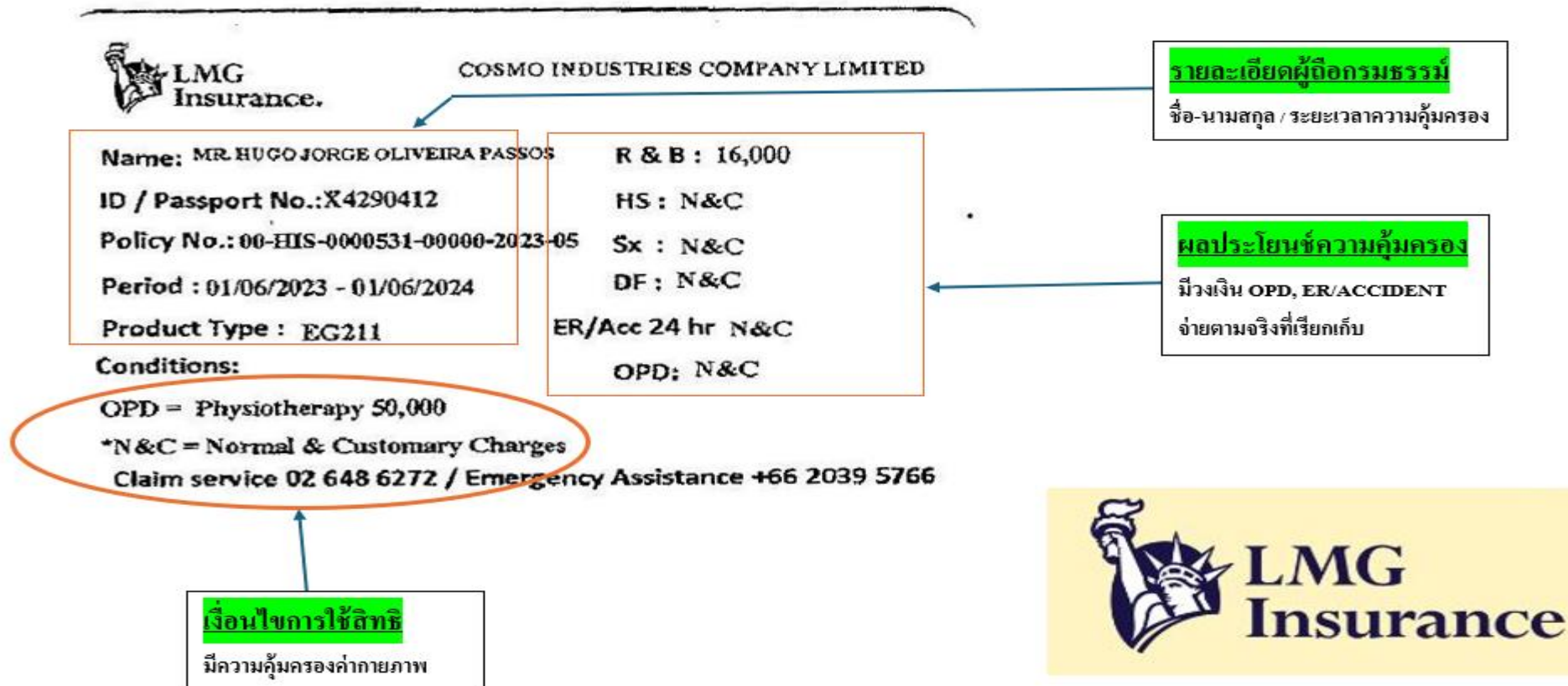
Claim service 02 648 6272 / Emergency Assistance +66 2039 5766

**เงื่อนไขการใช้สิทธิ**  
\*ไม่มีข้อมูลเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ  
\*ไม่มีความคุ้มครองด้านทันตกรรม





## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



-Luma

-Luma



## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



โลโก้บนหน้าบัตรมี 2 แบบ

# Direct Billing & Claim



ตัวอย่างบัตร Insurance Card	<p><b>LUMA INSURANCE FOR ANY WHERE</b></p> <p>Member ID: BXV1003600 Policy Number: ACPVN-INTL-23-IP1-ZC-003600 Date of Birth: 25 Aug 1986 Start Date: 23 May 2023 End Date: 22 May 2024</p> <p>SPD: Yes OPD: No Dental: No Deductible: 1,000 USD Exclusion: No</p> <p>Hotline: +66 2 494 3600 For Hospital Only: medical-th@lumahealth.com</p>	<p><b>LUMA GOODHEALTH</b></p> <p>Member ID: BXT0001234 Policy Number: B01234-001-000 Date of Birth: 15 Dec 1988 Start Date: 31 Aug 2023 End Date: 30 Aug 2024</p> <p>SPD: Yes OPD: Yes Dental: No Deductible: No Exclusion: Yes</p> <p>Hotline: +66 2 494 3600 For Hospital Only: medical-th@lumahealth.com</p>
ความคุ้มครอง Coverage	การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุกรณีผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยนอก (IP/OP) ตามที่ระบุบนบัตรประกันสุขภาพ	การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุกรณีผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยนอก (IP/OP) ตามที่ระบุบนบัตรประกันสุขภาพ
ชื่อ/ที่อยู่ที่จะบุน ใบแจ้งหนี้ / ใบเสร็จ Payor/ sponsor	บริษัท LUMA CARE Co., Ltd. 57 อาคารปาร์คเวนเจอร์ อีโคเพล็กซ์ ชั้น 9 ยูนิต 912 ถนน วิฑู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (LUMA) The Navakij Insurance PCL 100/50-55, 90/4-6 อาคารสารนคร ชั้น 26 ถนนสารเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กทม. 10500
ชื่อ/ที่อยู่เพื่อจัดส่ง ใบแจ้งหนี้ Billing Address	บริษัท LUMA CARE Co., Ltd. 57 อาคารปาร์คเวนเจอร์ อีโคเพล็กซ์ ชั้น 9 ยูนิต 912 ถนนวิฑู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330	
E-Billing Address	claims@lumahealth.com	

## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



### Direct Billing & Claim

โลโก้บนหน้าบัตรมี 2 แบบ



**LUMA GOODCOVERAGE**

Member ID	Policy Number			
LMB0001234	B01234-001-000			
Date of Birth	Start Date	End Date		
20 Feb 1991	18 May 2023	17 May 2024		
IPD	OPD	Dental	Deductible	Exclusion
Yes	Yes	WP	No	Yes
50% Co-pay				
Hotline: +66 2 494 3600				
medical-th@lumahealth.com				

ใส่ Payor “นวกิจ ประกันภัย บมจ. Luma Care”



**LUMA INSURANCE FOR ANY WHERE**

Member ID	Policy Number			
BXVI003600	ACPVN-INTL-23-IP1-ZC-003600			
Date of Birth	Start Date	End Date		
25 Aug 1986	23 May 2023	22 May 2024		
IPD	OPD	Dental	Deductible	Exclusion
Yes	No	No	1,000 USD	No
Hotline: +66 2 494 3600				
medical-th@lumahealth.com				

ใส่ Payor “Luma Care”

\*\*\* ต้องตรวจสอบหน้าบัตร และใส่ Payor ให้ถูกต้องทุกครั้ง \*\*\*



## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



### “ตรวจสอบผลประโยชน์หน้าบัตร”

# Direct Billing & Claim



**Luma** health insurance

**Mr. LUMA HEALTH**

Member ID: BXT0002586  
Policy Number: B0185J-001-000  
Plan: Asia Care Custom IP1 OP3 Zone C

Date of Birth: 15 Jul 85  
Start Date: 30 Aug 16  
End Date: 29 Aug 18

OPD	IPD	Dental	Deductibles	Exclusions	Asst.	AWP
Yes	Yes	10% co-pay	30,000THB	No	No	No

**MEMBER'S CONTACT**  
For pre-authorization, medical assistance, etc.  
☎ +662 4943600  
(non-business hours: emergency services only)  
✉ help@lumahealth.com

**HOSPITAL CONTACT**  
☎ +662 494 3677 (24/7)  
☎ +662 108 2207  
✉ medical-th@lumahealth.com

**Brighter Health.** lumahealth.com

The benefits mentioned on this card are subject to the coverage agreement and conditions as specified in the policy. If your expenses exceed your benefit levels, or you are not covered for such treatment(s), please pay the hospital or medical provider directly.

**Luma** health insurance

**Mr. LUMA HEALTH**

Member ID: BXVOC999  
Policy Number: ACPVN-19-IP1-ZC-0000999  
Plan: Asia Care Plus1000 Plan 1 Zone C

Date of Birth: 25 Mar 1963  
Start Since: 9 May 2017  
End Date: 8 May 2020

OPD	IPD	Dental	Deductible	Exclusion	Asst.	AWP
No	Yes	No	1,000USD	Yes	Yes	No

Bệnh viện vui lòng liên hệ số điện thoại này: 1900 55 88 64

**MEMBER'S CONTACT**  
For pre-authorization, medical assistance, etc.  
☎ +84 (0) 190 055 8864 in Vietnam  
☎ +662 4943600 Outside Vietnam  
(non-business hours: emergency services only)  
✉ help@lumahealth.com

**HOSPITAL CONTACT**  
☎ +84 (0) 190 055 8864 (24/7)  
☎ +662 108 2207  
✉ medical-vn@lumahealth.com

**Brighter Health.** lumahealth.com

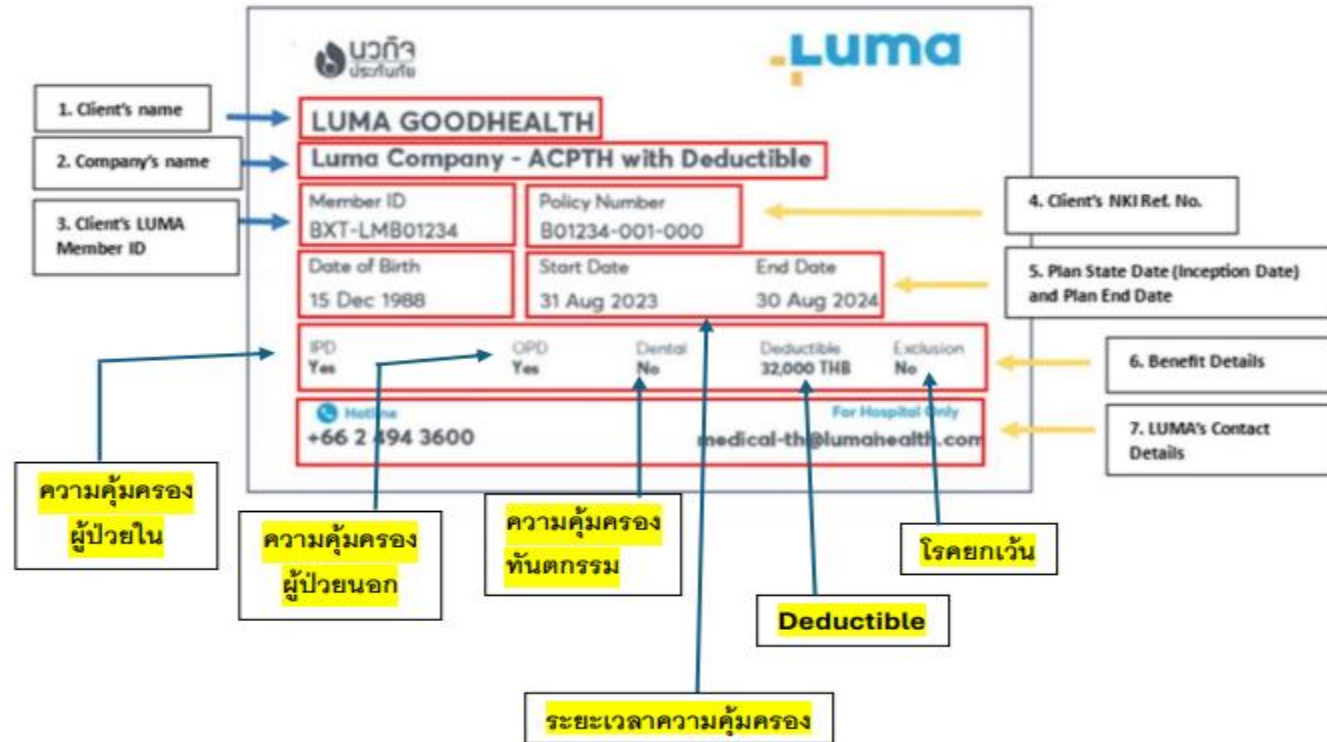
The benefits mentioned on this card are subject to the coverage agreement and conditions as specified in the policy. If your expenses exceed your benefit levels, or you are not covered for such treatment(s), please pay the hospital or medical provider directly.

มีความคุ้มครองแบบไหนบ้าง OPD/IPD/Dental?, มี Deductible & Co-Payment หรือไม่? วันหมดอายุ?

## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



# Direct Billing & Claim



## ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร

The client's name with a capital letter



**บัตรประกันสุขภาพ Luma**

**Member ID:** LMB0001234  
**Policy Number:** B01234-001-000  
**Date of Birth:** 20 Feb 1991  
**Start Date:** 18 May 2023  
**End Date:** 17 May 2024

**1<sup>st</sup> line:** IPD: Yes  
**2<sup>nd</sup> line:** Deductible 30,000 THB  
**3<sup>rd</sup> line:** OPD: Yes, 50% Co-pay, Dental WP, Deductible 30,000 THB, Exclusion No

**Hotline:** +66 2 494 3600  
**For Hospital Only:** medical-th@lumahealth.com

**WP = Waiting Period**  
 Contact LUMA for checking the remaining amount of month.

The benefit mentioned on the card will be divided into 3 lines.

**\*\* ระยะเวลารอคอย = ต้องติดต่อ LUMA เพื่อตรวจสอบความคุ้มครอง \*\***

- 1<sup>st</sup> line:** Type of benefit such as IPD, OPD, Dental, etc.
- 2<sup>nd</sup> line:** The benefits included in the policy such as IPD – Yes, OPD – No, WP = Waiting Period, etc.
- 3<sup>rd</sup> line:** Coverage conditions such as 50% Co-pay, deductible 30,000 THB, etc.

← “ต้องตรวจสอบเงื่อนไขความคุ้มครอง”







บริษัท เมด-ซัวร์ เซอร์วิสেসดำเนินงานเกี่ยวกับการรับบริหารจัดการสินไหมทดแทนให้กับ

บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

บริษัท ชมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

บริษัทรับประกันภัยในประเทศไทย



บริษัทรับประกันภัยนอกประเทศไทย



A+ HEALTH INSURANCE  
MEDICARD

# ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร



<b>Health Insurance Card (Maxima Plan)</b>	
<b>Name:</b> MR. HEALTH CARE <b>ID/Passport No.:</b> 123456 <b>Policy No.:</b> IMAX14/11-000001-XXXXXX <b>Assist America No.:</b> 66-AL-MED-09143 <b>Valid From:</b> 01/01/2015 <b>To</b> 01/01/2016 <b>Remarks:</b> 30 days waiting period. : N & C = Normal and Customary : 25% co-payment for all insured healthcare expenses. <b>Excl:</b> HT, DM and Hyperlipidemia	<b>A) Room &amp; Board:</b> 8,000 <b>B) Hospital Services:</b> N & C <b>C) Physician's Visit:</b> N & C <b>D) Surgery (Non schedule):</b> N & C <b>E) Emergency accident (OPD)</b> N & C <b>F) OPD:</b> N & C

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์  
Details of the Policy Holder

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง  
Coverage/Benefits

เงื่อนไข ข้อยกเว้น และอื่นๆ  
Conditions, Exclusions and Others

ผู้เอาประกันต้องจ่าย 25% ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด

The Insured person is entitled to pay 25% of the total expenses incurred



# ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ และคำอธิบายหน้าบัตร

PACIFIC CROSS Health Insurance Card (Ultima Plan)		MED-SURE SERVICES
Name: MR. HEALTH CARE	A) Room & Board:	16,000
ID/Passport No.: 123456	B) Hospital Services:	N & C
Policy No.: IULT14/11-000001-XXXXXX	C) Physician's Visit:	N & C
Assist America No.: 66-AL-MED-09143	D) Surgery (Non schedule):	N & C
Valid From: 01/01/2015 To 01/01/2016	E) Emergency accident (OPD)	N & C
Remarks: 30 days waiting peroid.	F) OPD:	N & C
: N & C = Normal and Customary		
: Deductible 40,000 Baht/Year (OPD & ER & IPD)		

N&C= Normal and Customary

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามจริง

วงเงิน 40,000 บาทแรก ที่ผู้เอาประกันต้องชำระเอง

The Insured person is responsible for the payment of the first THB 40,000 deductibles.



# ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพ(PA Insurance Card )

<b>PACIFIC CROSS</b> <small>HEALTH INSURANCE POL</small>		<b>Personal Accident Card</b> <b>Exclusive Plan</b>		
<div> <div> Name ผู้เอาประกัน : Mr. Health Care  Policy No : 00001-P-EX4-15-02  กรมธรรม์เลขที่  Assist America No.: 66-AL-MEC-09148  แอสซิสต์ อเมริกา  Effective Date : 01/01/2015      Empiry Date : 01/01/2016  วันเริ่มคุ้มครอง                      วันสิ้นสุด </div> </div>				
Normal & Customary (N&C)				
<div> Medical expense per each accident : 150,000 Baht  ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ </div>				

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์  
Details of the Policy Holder

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง  
Coverage/Benefits





# ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม (Group Insurance Card)

<b>Group Member Health Insurance Card</b>	
Policy Holder : Sample Group CO.,LTD.	
MR. HEALTH CARE	A) Room & Board/day (Max 31 days): 3,000
ID/Passport No.: 123456	B) Hospital Services: 50,000
Policy No.: GCUS15/01-000001-XXXXXC)	Surgery (Per schedule): 60,000
Assist America No.: 66-AL-MED-09143	D) Physician's Visit (Max 31 days): 1,000
Valid From: 01/01/2015 To 01/01/2016	E) Emergency Accident (OPD): 6,000
Remarks: 30 days waiting peroid.	F) OPD (1 visit/day, Max 30 visits/year): 1,500
Exclusion : DM,HT and Hyperlipidemia	
หมายเหตุ: บัตรนี้ไม่สามารถใช้ได้เมื่อพ้นสภาพการเป็นพนักงาน (คืนบัตรเมื่อลาออก)	

รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์

Details of the Policy Holder

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

Coverage/Benefits

เงื่อนไข ข้อยกเว้น และอื่นๆ

Condition,Exclusions and Others




**\*\* เมื่อพ้นสภาพการเป็นพนักงานต้องคืนบัตร**

**และไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้ \*\***

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited



Policy Holder : ██████████

MRS. ██████████

ID/Passport No.: ██████████

Policy No.: ██████████

Valid From: 22 Apr 2019 To 06 Mar 2020

Remarks: -

Coverage Benefits Plan 1

A) Room & Board (Maximun / day):	2,500
B) Hospital Services:	25,000
C) Surgical Fee (Non Schedule):	25,000
D) Physician's Visit (1 visit / day):	1,000
E) Emergency Accident (OPD - 24 Hrs):	5,000
F) OPD (1 visit/day, Max 30 visits/year):	2,500

\* Please return card to the company when yo resigned.

ระยะเวลาความคุ้มครอง  
Effective Date

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง  
Coverage/Benefits

Customer Service 24 Hours : 02 401 9178

Conditions

1. Present this card together with other identity, e.g., ID card or official card issued by government agency upon your visit to contracted hospitals.
2. This card is entitled to policy member only and is not transferable.
3. Overseas Medical Treatment Expenses should be borne first by cardholder and claimed back from the company unless special arrangements are made.
4. This card can be used according to terms and conditions of policy and in compliance with Allianz Ayudhya General Insurance PCL.



Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited 898 Ploenchit Tower, 1st Floor Zone B, 7th Floor Zone B, 8th Floor Zone A and B, 9th Floor Zone A2 and B2, 18th Floor Zone A, Ploenchit Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330 Tel : 02 657 2555 Fax Claim : T 02 401 9160, F 02 401 9161





บริษัท ชมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

**SOMPO** **MED-SURE**

Policy No. HQ-SHH-00000-0000XXX-2018-01 **PLAN X**  
 Policy No. HQ-SHP-00000-0000XXX-2018-01 **PLAN X**

Name : XXXXXXXX YYYYYYYYYY (CCC) A) Room & Board/day X.XXX  
 Company Name : Nip...Ex... B) Hospital Expense X.XXX  
 Period cover : 01/01/2018 - 01/01/2019 C) Surgery Fee X.XXX  
 Medical Accident : X.XXX D) Emergency Accident 24 Hrs. X.XXX  
 E) OPD/day X.XXX

บริษัท ชมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
 Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

ระยะเวลาความคุ้มครอง  
Effective Date

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง  
Coverage/Benefits

HEALTH & PA

**SOMPO** **MED-SURE**

Policy No. HQ-SHH-00000-0000XXX-2018-01 **PLAN X**

Name : XXXXXXXX YYYYYYYYYY (CCC) A) Room & Board/day X.XXX  
 Company Name : Nip...Ex... B) Hospital Expense X.XXX  
 Period cover : 01/01/2018 - 01/01/2019 C) Surgery Fee X.XXX  
 D) Emergency Accident 24 Hrs. X.XXX  
 E) OPD/day X.XXX

บริษัท ชมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
 Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

ระยะเวลาความคุ้มครอง  
Effective Date

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง  
Coverage/Benefits

HEALTH ONLY

**SOMPO** **MED-SURE**

Policy No. HQ-SHP-00000-0000XXX-2018-01 **PLAN X**

Name : XXXXXXXX YYYYYYYYYY (CCC) A) Medical Accident X.XXX  
 Company Name : Nip...Ex... B) Personal Accident XXX.XXX  
 Period cover : 01/01/2018 - 01/01/2019

บริษัท ชมโปะ ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
 Sompo Insurance (Thailand) Public Company Limited

ระยะเวลาความคุ้มครอง  
Effective Date

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง  
Coverage/Benefits

PA ONLY

