สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์. 1736, 0 2239 2200
โทรสาร. 0 2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL. 1736, 0 2239 2200
FAX. 0 2239 2049
บมจ. 576
www.dhipaya.co.th

เอกสารแนบท้ายนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 14002-169-210097504
ATTACHING TO AND FORMING A PART OF THE POLICY NO.

เป็นที่ตกลงและเข้าใจกันว่า ถ้าข้อความใดในเอกสารนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความที่ปรากฏในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ให้ถือข้อความตามที่ปรากฏในเอกสารนี้บังคับแทน :-
Notwithstanding anything contained in the policy to the contrary, it is hereby noted and agreed that the following specification prevails :-

ประเภท : **การประกันภัยคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) กลุ่ม**

ผู้รับผลประโยชน์ : **ทายาทโดยธรรมตามกฎหมาย หรือตามรายชื่อแจ้ง**

ระยะเวลาคุ้มครอง : **1 ปี**

ทั้งนี้ เงื่อนไขและข้อยกเว้นอื่น ๆ ให้เป็นไปตามกรมธรรม์มาตรฐานการประกันภัยคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) กลุ่ม

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2A	แผน 3	แผน 4
1. การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)*	100,000	100,000	500,000	1,000,000
2. การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า (Coma) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)**				
3. ค่ารักษาพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อปี หรือ ค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เท่านั้น อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการ ฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อปี	10,000	30,000	50,000	100,000
4. ค่าใช้จ่ายในการตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับบุคคลในครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้เอาประกันภัย (ต่อปี) สูงสุด 3 คน จ่ายตามจริงไม่เกิน	10,000	10,000	10,000	10,000
***กรณีไม่ใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลในข้อ 3. สามารถเลือกเบิกค่าชดเชยการนอนโรงพยาบาลแทนได้ดังนี้				
- การชดเชยรายได้รายวันระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD เท่านั้น) จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สูงสุด 20 วันต่อปี หรือ	500 ต่อวัน	1,500 ต่อวัน	2,500 ต่อวัน	5,000 ต่อวัน
-การชดเชยรายได้รายวันระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยใน (IPD เท่านั้น) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูงสุด 20 วันต่อปี				

หมายเหตุ

1. ผู้เอาประกันภัยอายุระหว่าง 1 - 99 ปี (ปี พ.ศ. ปัจจุบัน ลบด้วยปี พ.ศ. เกิด) ณ วันที่ทำประกันภัย
2. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองผู้ที่ติดเชื้อ หรือเป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)" (รวมถึงภาวะแทรกซ้อน) ที่เป็นอยู่ก่อนการเอาประกันภัย และยังมิได้รักษาให้หายขาด
3. *การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า หรือ ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลว หรือ การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่แพทย์ลงความเห็นว่าไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ และ/หรือ เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตโดยมีสาเหตุหลักมาจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา
4. ไม่คุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภายในระยะเวลา 14 วัน (Waiting Period) นับจากวันที่กรมธรรม์

นอกจากนี้ให้ยึดถือตามเงื่อนไข, ความคุ้มครอง, ข้อยกเว้นและสลักหลังอื่นใดภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้
Subject otherwise to all other terms, conditions, exclusions and extensions in this policy.

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์. 1736, 0 2239 2200
โทรสาร. 0 2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL. 1736, 0 2239 2200
FAX. 0 2239 2049
บมจ. 576
www.dhipaya.co.th

เอกสารแนบท้ายนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ 14002-169-210097504
ATTACHING TO AND FORMING A PART OF THE POLICY NO.

เป็นที่ตกลงและเข้าใจกันว่า ถ้าข้อความใดในเอกสารนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความที่ปรากฏในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ให้ถือข้อความตามที่ปรากฏในเอกสารนี้บังคับแทน :-
Notwithstanding anything contained in the policy to the contrary, it is hereby noted and agreed that the following specification prevails :-

ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก

5. **บริษัทฯ จำกัดจำนวนเงินความรับผิดชอบสูงสุดตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย ไม่เกิน 200,000,000 บาท**
7. ****กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นระยะเวลา 90 วันนับจากวันที่ได้รับการฉีดวัคซีน โดยต้องเป็นวัคซีนที่รับการรับรอง หรือการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Food and Drug Administration : FDA) และทำหัตถการโดยแพทย์ หรือพยาบาล ที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม**
8. **ไม่คุ้มครองภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก**
9. **ค่าใช้จ่ายในการตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบุคคลในครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้เอาประกันภัย จะให้การคุ้มครองเมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คุ้มครองสูงสุด 3 คน จ่ายตามจริงวงเงินไม่เกิน 10,000 บาทต่อปี**
10. *****ค่ารักษาพยาบาลเบิกได้ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินคุ้มครองตามแผนที่ผู้เอาประกันเลือก กรณีไม่ใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลสามารถใช้สิทธิรับค่าชดเชยรายได้รายวันระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แทนได้ สูงสุดไม่เกิน 20 วัน ต่อปี**
11. **ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) กลุ่ม**

นอกจากนี้ให้ยึดถือตามเงื่อนไข, ความคุ้มครอง, ข้อยกเว้นและสลักหลังอื่นใดภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้
Subject otherwise to all other terms, conditions, exclusions and extensions in this policy.