|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตารางกรมธรรม์ประกันภัย THE SCHEDULE** | | | | | |
| **รหัสบริษัท** **AXA**  Company Code | **การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล มาย พีเอ**  **(โดยหักบัญชีธนาคาร หรือบัตรเครดิต (สำหรับขายผ่านทางโทรศัพท์))**  **คุ้มครอง 24 ชั่วโมงทั่วโลก 24 Hours Worldwide Coverage** | | | **กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่** 2023-PR003817  Policy No. | |
| 1. **ผู้เอาประกันภัย : ชื่อและที่อยู่**  The Insured : name and address | | COMPANY DECISION CANCELLATION 7 UAT TEST  4/222 หมู่ที่ 10 อาคารฮาร์เบอร์ มอลล์ ชั้นที่ 11 ห้อง 11A01, สุขุมวิท, ทุ่งสุขลา,  ศรีราชา, ชลบุรี, 20230 | **เลขประจำตัวประชาชน:** 5859692235525  ID No. | | |
| **อาชีพ :** พนักงานออฟฟิส  Occupation | | **ชั้นอาชีพ :** 1  Occupation class |
| **อายุ :** 38  Age | |  |
| 2. **ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่**  The Beneficiary: name and address | |  | **ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย:**  Relationship to the Insured | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ทายาทโดยธรรม |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. **ระยะเวลาประกันภัย :**  Period of Insurance : | **เริ่มต้นวันที่:**  From | | 04/05/2566 | **เวลา**  at | | 00.00 | **น.**  hours | | **สิ้นสุดวันที่**  To | 03/05/2567 | | | **เวลา**  at | | 23.59 | **น.**  hours |
| **(กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุ รายเดือนหรือรายปี โดยอัตโนมัติ หากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)**  (This insurance policy will be automatic renewal on monthly or annual if the insurance premium is paid within due date, policy termination is specified in insurance policy) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. **จำนวนจำกัดความรับผิด : กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะผลของการบาดเจ็บทางร่างกายในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น**  Limit of Liability : This policy affords coverage only with respect to such result from bodily injury for which a sum insured is stated. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย**  **Insuring Agreement/Endorsement** | | | | | | | **จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)**  **Sum Insured (Baht)** | | | **ความรับผิดส่วนแรก (บาท หรือ วัน)**  **Deductible (Baht or days)** | | | | **เบี้ยประกันภัย (บาท)**  **Premium (Baht)** | | |
| **การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)**  Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A.1) | | | | | | | Not Covered | | |  | | | |  | | |
| **การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2)**  Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight, Hearing, Speech or Permanent Disability (P.A.2) | | | | | | | 1000000.00 | | |  | | | |  | | |
| **การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย** Murder and Assault | | | | | | | Not Covered | | |  | | | |  | | |
| **การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง** Medical Expense each accident | | | | | | | 30000.00 | | |  | | | |  | | |
| **ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล**  **(สูงสุด 20 วัน/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง)**  Hospital Indemnity Benefit (Maximum 20 days/accident) | | | | | | | Not Covered | | |  | | | |  | | |
| **การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์** Driving or riding as a passenger in a motorcycle   * **การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)/การ**   **เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2)**  (P.A.1) / (P.A.2)  - **การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง** Medical Expense each accident  - **ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล**  Hospital Indemnity Benefit | | | | | | | 100%  100%  Not Covered | | |  | | | |  | | |
| **การแข่งขันกีฬาอันตราย** Dangerous Sport   * **การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)/การ**   **เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2)**  (P.A.1) / (P.A.2)  - **การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง** Medical Expense each accident  - **ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล**  Hospital Indemnity Benefit | | | | | | | 100%  100%  Not Covered | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | **เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่ม** Additional Premium | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | **ส่วนลดเบี้ยประกันภัย** Premium Discount | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | **เบี้ยประกันภัยสุทธิ** Net Premium | | | | | 4,274.32 | | |
|  | | | | | | |  | | **ภาษี** Tax | | | | | 0.00 | | |
|  | | | | | | |  | | **อากร** Stamps | | | | | 18.00 | | |
|  | | | | | | |  | | **เบี้ยประกันภัยรวม** Total Premium | | | | | 4,292.32 | | |
| **การประกันภัยโดยตรง**  Direct Insurance | | **ตัวแทนประกันวินาศภัย**  Agent | | | **นายหน้าประกันวินาศภัย**  Broker | | | **บริษัท รู้ใจ จำกัด** | | | **ใบอนุญาตเลขที่** **ว00022/2558**  License No.  **ชำระอากรแล้ว** | | | | | |
| **วันทำสัญญาประกันภัย** 03/05/2566  Agreement made on | | | | | | | **วันออกกรมธรรม์ประกันภัย** 03/05/2566  Policy issued on | | | | |  | | | | |

**เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัท โดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ได้ลงลายมือชื่อและประทับตราของบริษัทไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานของบริษัท**

As evidence, the Company has caused this policy to be signed by duly authorized persons and the Company's stamp to be affixed at its office.

   