|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรมธรรม์ประกันภัยชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล แบบพิเศษ (ขายผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ (Online))**  **SPECIAL HOSPITAL INCOME BENEFIT INSURANCE POLICY (Sell through electronic channel (Online))**  **ชำระอากรแล้ว** | | | | | | | | | | | |
| **ตารางกรมธรรม์ประกันภัย**  **THE SCHEDULE**  **ชดเชยรายวัน เคพีไอ อุ่นใจให้เพิ่ม แผน** | | | | | | | | | | **ต้นฉบับ**  **Original** | |
| รหัสบริษัท **KPI**  Company Code | | [ ] ต่ออายุ  Renewal | [ X ] ประกันภัยใหม่  New Policy | กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ HIB1000-02511911  Policy No. | | | | | | | |
| 1. ผู้เอาประกันภัย  The Insured | | | | เลขประจำตัวประชาชน  ID No. | | | 9745963173512 | | | | |
| ชื่อ  Name | Hello0 World0 | | | เพศ  Gender | ชาย | วัน/เดือน/ปีเกิด  Date of Birth | | 01/01/2523 | อายุ  Age | | 43 |
| ที่อยู่  Address | 4/222 HM Building, Sukhumvit Rd., ทุ่งสุขลา,  ศรีราชา, ชลบุรี, 20230 | | | อาชีพ  Occupation |  | | | ชั้นอาชีพ  Occupation Class | | |  |
| 2. ผู้ได้รับความคุ้มครอง  The Covered Person | | | | ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย  Relationship to the Insured | | |  | | | | |
| ชื่อ  Name | Hello0 World0 | | |  |  |  | |  |  | |  |
| ที่อยู่  Address | 4/222 HM Building, Sukhumvit Rd., ทุ่งสุขลา,  ศรีราชา, ชลบุรี, 20230 | | |  | | | | | | | |
| 3. ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่  The Beneficiary : Name and Address | | | | ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความคุ้มครอง :  Relationship to the Covered Person : | | | | | สัดส่วน :  Proportion : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ 1 | Hello1 World1 | บิดา | 30 | % |
| ลำดับที่ 2 | Hello2 World2 | มารดา | 30 | % |
| ลำดับที่ 3 | Hello3 World3 | บุตร | 40 | % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. ระยะเวลาประกันภัย :  Period of Insurance : | | เริ่มต้นวันที่  From | | 28/05/2566 | | เวลา  at | | 00:00 | | น.  hours | | สิ้นสุดวันที่  To | | | | 28/05/2567 | | | | | เวลา  at | | 24.00 | | น.  hours |
| 5. จำนวนจำกัดความรับผิด : ผู้ได้รับความคุ้มครองแต่ละคนจะได้รับความคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครอง หรือเอกสารแนบท้ายที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น  Limit of Liability : This policy affords coverage only with respect to the coverage and endorsement 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) | | | | | | |
| 1. การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ต่อวัน)  Daily compensation when hospitalised due to accident or illness (per day) | | | | | | | | | | | | | | 1,000.00 | | | | |  | | | | | | |
| 1.1 การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในประเทศไทย  Daily compensation for hospitalisation in Thailand | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
| * ห้องผู้ป่วยปกติ (Normal room) (สูงสุด 365 วัน ต่อปี / Up to 365 days per year) | | | | | | | | | | | | | | 1,000.00 | | | | |  | | | | | | |
| * ห้องผู้ป่วยหนัก (ICU/CCU) (สูงสุด 15 วัน ต่อปี / Up to 15 days per year) | | | | | | | | | | | | | | 2,000.00 | | | | |  | | | | | | |
| 1.2 การเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในต่างประเทศ (สูงสุด 15 วัน ต่อปี)  Daily compensation for hospitalisation abroad (up to 15 days per year) | | | | | | | | | | | | | | 2,000.00 | | | | |  | | | | | | |
| สำหรับข้อ 1.1 และข้อ 1.2 ชดเชยรวมกันสูงสุดไม่เกิน 365 วัน ต่อปี  For clauses 1.1 and clause 1.2, the total compensation shall not exceed 365 days per year. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
| เบี้ยประกันภัยสุทธิ  Net premium | 2,624.40 | | บาท  Baht | อากรแสตมป์  Stamp Duty | 11.00 | | | | บาท  Baht | | ภาษี  Tax | | 184.48 | | | | บาท  Baht | เบี้ยประกันภัยรวม  Total Premium | | 2,819.88 | | | | บาท  Baht | |
| 6. แบบชำระเบี้ยประกันภัย :  Payment | | | [ X ] รายเดือน  Per month | | | | [ ] ราย 2 เดือน  Per 2 months | | | | | [ ] ราย 3 เดือน  Per 3 months | | | | | | [ ] ราย 6 เดือน  Per 6 months | | | | [ ] รายปี  Per annual | | | |
| [ ] การประกันภัยโดยตรง  Direct | | | [ ] ตัวแทนประกันวินาศภัย  Agent | | | | [ X ] นายหน้าประกันวินาศภัย  Broker | | | | | | **บริษัท รู้ใจ จำกัด** | | | | | ใบอนุญาตเลขที่ **ว00022/2558**  License No. | | | | | | | |
| วันทำสัญญาประกันภัย 23/05/2566  Agreement made on | | | | | | | | | | | | | | | วันทำกรมธรรม์ประกันภัย 23/05/2566  Policy issued on | | | | | | | | | | |

เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัทฯ โดยบุคคลผู้มีอำนาจได้ลงลายมือชื่อและประทับตราของบริษัทฯ ไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานของบริษัทฯ

As evidence, the Company, by duly authorized persons, therein signed and affixed the company’s stamp at its office.

 