



ประกันภัยอุบัติเหตุ สำหรับวัยเด็ก
**อินชัวร์
PA Smile Protect***
คุ้มครองอุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมง

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	
	แผน 1	แผน 2
1. การเสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง (อบ.2) 1.1 อุบัติเหตุทั่วไป (รวมการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย) สูงสุดไม่เกิน 1.2 อุบัติเหตุจากการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ สูงสุดไม่เกิน	100,000 50,000	200,000 100,000
2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน	10,000	20,000
3. ค่ารักษาพยาบาลกรณีกระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน (เพิ่มเติมจากข้อ 2)	20,000	40,000
4. เงินชดเชยระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ผู้ป่วยใน) ต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 365 วัน)	500	500
5. ค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ	5,000	10,000
6. เงินชดเชยค่าเล่าเรียนสำหรับผู้เอาประกันภัย กรณีผู้อุปการะเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	100,000	200,000
เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (บาท)	1,320	2,300

เงื่อนไขการรับประกันภัย :

- ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 14 วัน - 22 ปี
- ผู้ประกอบการหมายถึงบิดา มารดา หรือผู้ที่ส่งเสียเลี้ยงดู และมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา พี่ และได้ระบุชื่อไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

ลูกค้า INSURE อินทรรประกันภัย รับสิทธิพิเศษ



ผ่านไลน์ THAI GROUP



เป็นเพื่อนกับ THAIGROUP



สนใจผลิตภัณฑ์

* อินชัวร์ PA Smile Protect เป็นชื่อทางการตลาดของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พีโอไปเอก

หมายเหตุ : ต้องแถลงสุขภาพในใบคำขอเอาประกันภัย การแถลงสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย

คำเตือน : • ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง • เงื่อนไขการรับประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทรรประกันภัย จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุ๊ป ชั้น 3-4 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

www.indara.co.th

☎ 0 2636 5656

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พืเอโปรเทค

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้าชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
วัน / เดือน / ปีเกิด ____ / ____ / ____ อายุ ____ ปี เลขประจำตัวประชาชน _____
อาชีพ _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____
เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ _____ รายได้อื่นๆ ปีละ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____
เบอร์โทรศัพท์ _____
ที่ทำงาน _____
เบอร์โทรศัพท์ _____

ผู้รับประกันภัย :

1. _____ ความสัมพันธ์ _____ สัดส่วน (ร้อยละ) _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
2. _____ ความสัมพันธ์ _____ สัดส่วน (ร้อยละ) _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
3. _____ ความสัมพันธ์ _____ สัดส่วน (ร้อยละ) _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
ผู้อุปการะที่เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย : _____ ความสัมพันธ์ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย :

เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24:00 น.

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท อินทรรประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)
บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)
บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
3. ท่านขับขี หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
4. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พื้เอโปรเทค

5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูก / หรือกล้ามเนื้อ โรคเมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

7. ท่านมีความผิดปกติของสายตา หรือประสาทหูบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

9. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเงินค่าเสียหายได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีความพิการใดๆ และตกลง ที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท อินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษา พยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ สุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

ลงชื่อผู้อุปการะที่เป็นผู้ชำระเบี้ย

(_____)
วันที่ _____

(_____)
วันที่ _____

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865