

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

PA Extra *Executive*

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล



- คุ้มครองสูงสุด 10 ล้านบาท
- ต่ออายุได้ถึง 70 ปี
- มีค่าชดเชยรายได้จากอุบัติเหตุ
- มีเงินชดเชยรายเดือน (กรณีเสียชีวิต)

*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทกำหนด



MSIG

เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย

แผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA Extra Executive

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อ.บ.2) - อุบัติเหตุทั่วไป - การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย - การจับหรือโดยสาธารณภัยจากรยานยนต์ - อุบัติเหตุสาธารณะ	2,000,000	3,000,000	5,000,000	8,000,000	10,000,000
2. เงินช่วยเหลือครอบครัวกรณีเสียชีวิต* (เดือนละ 15,000 บาท จำนวน 12 เดือน)	180,000	180,000	180,000	180,000	180,000
3. ค่าปลงศพจากอุบัติเหตุ	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
4. ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ สูงสุดไม่เกิน 30 วัน วันละ	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
5. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ ต่อครั้ง	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000
เบี้ยประกันภัยรายปีรวมภาษีและอากร (บาท)	7,200	9,000	12,000	16,200	19,000

* ค่าเบี้ยประกันภัย รวมอากร ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ชำระ

เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยมีถิ่นฐานในประเทศไทยเท่านั้น
2. ผู้ขอเอาประกันภัยมีอายุตั้งแต่ 25 ปี - 60 ปีบริบูรณ์ (ต่ออายุได้ถึง 70 ปี ตามเงื่อนไขบริษัทฯ)
3. มีอาชีพตามชั้นอาชีพ 1 - 2
4. สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอวัยวะส่วนใดบกพร่องหรือพิการ
5. ทุนประกันภัยตั้งแต่ 5,000,000 บาท ต้องกรอกแบบสอบถามสำหรับวงเงินเอาประกันภัยสูง

หมายเหตุ

- รายละเอียดของความคุ้มครอง เงื่อนไข และข้อยกเว้น จะระบุในกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- ทุกแผนได้รับบัตรสบายดี

***บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์ค่าชดเชยรายเดือน ในกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเท่านั้น**

อุบัติเหตุสาธารณะ

- คุ้มครองผู้โดยสารในขณะที่เกิดอุบัติเหตุบนรถโดยสารสาธารณะ เช่น รถไฟลอยฟ้า/รถไฟใต้ดิน รถโดยสารขนส่งมวลชน เป็นต้น ทั้งขณะขึ้นเพื่อการขนส่งทางบกสาธารณะตามตารางเดินรถในเส้นทางที่กำหนด
- คุ้มครองผู้โดยสารในขณะที่เกิดอุบัติเหตุภายในลิฟต์สาธารณะ ทั้งนี้ไม่รวมถึงลิฟท์ที่ใช้ในเหมืองหรือสถานที่ก่อสร้าง
- คุ้มครองขณะอยู่ในอาคารสาธารณะในเวลาที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไป และเกิดไฟไหม้ขึ้น รวมถึงการกระโดดหนีไฟเพื่อรักษาชีวิต
- กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์รวมจำนวนเงินเอาประกันภัยจากอุบัติเหตุทั่วไปแล้ว

ชั้นอาชีพ 1-2

หมายถึง เจ้าของ ผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารหรืองานจัดการ งานเสมียนหรืองานขาย ในธุรกิจหรือการค้า ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานประจำในสำนักงานหรือรวมถึงการทำงานที่มีชื่อที่ไม่ใช่เครื่องจักร หรือผู้ซึ่งทำงานนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว

อาชีพที่ไม่รับประกันภัย

ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับสูง เช่น คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม ช่างยนต์ ช่างก่อสร้าง พนักงานในเหมือง, กรรมกร, ช่างประมง, คนงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน, พนักงานทำความสะอาดกระถางภายนอกอาคารสูง, พนักงานติดตั้งไฟฟ้าแรงสูง, นักแข่งรถ, นักร้อง, นักแสดง, นักกีฬา, คนขับรถรับจ้าง, นักข่าว, พนักงานรักษาความปลอดภัย, นักการเมือง, คนขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง, อาสาสมัคร, พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินและนักบิน, คนขับรถแท็กซี่ รวมถึงอาชีพที่ต้องใช้เครื่องมือ ใช้เครื่องจักรขนาดใหญ่ คนงานที่ไม่ม่ทักษะเฉพาะ ผู้ที่มีอาชีพที่มีโอกาสเสี่ยงอันตราย

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล เอ็ม เอส ไอ จี แคร์

1. ผู้ขอเอาประกันภัย / The Proposer :

ชื่อ-สกุล/Name-Surname _____ IWF/Gender _____

โทร./Telephone No _____ มือถือ/Mobile Phone No _____ อีเมล/E-mail _____

ที่อยู่ / Address :

เลขที่/No _____ หมู่/Moo _____ ซอย/Soi _____ หมู่บ้าน/Moo Ban _____ ถนน/Road _____

แขวง/ตำบล/Sub-district _____ เขต/อำเภอ/District _____ จังหวัด/Province _____ รหัสไปรษณีย์/Post Code _____

☐ บัตรประชาชน/Identify Card No.

☐ บัตรราชการ/Government Card

☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/Alien Certificate

☐ หนังสือเดินทาง/Passport

เลขที่/No _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ/Issued at _____ จังหวัด/Province _____ ประเทศ/Country _____

อายุ (ปี)/Age	วัน เดือน ปีเกิด/ Date of Birth	ความสูง (ซม)/Height	น้ำหนัก (กก)/Weight	สัญชาติ/Nationality

อาชีพปัจจุบัน/Present Occupation _____ ตำแหน่ง/Position _____

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป/Job Description _____ ชั้นอาชีพ/Occupation Class _____

เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ/Annual Salary/Wage _____ บาท/Baht แหล่งที่มา/Source _____

ชื่อนายจ้าง/Employer's Name _____ ธุรกิจของนายจ้าง/Employer's Business _____

ที่อยู่ของนายจ้าง/Employer's address _____

รหัสไปรษณีย์/Post Code _____ โทร./Telephone No. _____

2. ผู้รับประโยชน์/Beneficiary :

ชื่อ-สกุล/Name-Surname _____

อายุ/Age _____ ปี/Year ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย/Relationship to the Proposer _____

ที่อยู่/Address _____

รหัสไปรษณีย์/Post Code _____ โทร./Telephone No. _____ มือถือ/Mobile Phone No. _____

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย/Period of Insurance :

เริ่มต้นวันที่/from _____ เวลา/at _____ น. สิ้นสุด/To เวลา 16.30 น./hours

ในวันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยปีต่อไป/of the next annual anniversary date.

(กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยต่ออายุอัตโนมัติ วันที่สิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)

/The policy will renew automatic and the expiry date refers to the condition of policy year.

4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ/ Benefits and Sum Insured แผน/ Plan: _____

ข้อตกลงคุ้มครอง/Benefits	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)/ Sum Insured (Baht)

5. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย/ Mode of Premium Payment :

☐ รายปี/Annual เบี้ยประกันภัยต่องวด(รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)Total Premium (including Stamp Duty and Tax) _____ บาท/Baht

6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ประกันชีวิตหรือประกันภัยชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวโรงพยาบาลไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่?/Do you have or have proposed for Personal Accident Insurance, Life Insurance or Hospitalization daily benefit Insurance with the Company or any other Company? : ☐ ไม่มี/No ☐ มีหรือได้ขอ/Yes

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด/If yes, Please state total of policy _____ กรมธรรม์/Policy

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด/Total of Sum Insured _____ บาท/Baht

โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น/Please declare details if you have proposed for Personal Accident, Life Insurance or Hospitalization daily benefit Insurance with the company or other company

6.1 บริษัท/Company _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum Insured _____ บาท/Baht

6.2 บริษัท/Company _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum Insured _____ บาท/Baht

6.3 บริษัท/Company _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย /Sum Insured _____ บาท/Baht

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล,การขอเอาประกันชีวิต หรือการประกันภัยชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

/Have you ever been cancelled Life Insurance, Personal Accident Insurance or Hospitalization daily benefit Insurance or had your Insurance cancelled or had renewal declined or had additional premium imposed for such Insurance? :

☐ ไม่เคย/No ☐ เคย/Yes ถ้าเคยโปรดแจ้ง/If yes, please state

บริษัท/Company _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum Insured _____ บาท/Baht

8. ท่านขับหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่/Do you drive or ride as a passenger on motorcycle :

☐ ไม่/No ☐ เป็นครั้งคราว/Occasionally ☐ เป็นประจำ/Regularly

9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่/Do you take or consume alcoholic drinks? :

☐ ไม่/No ☐ เป็นครั้งคราว/Occasionally ☐ เป็นประจำ/Regularly

10. ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่

/In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized? :

☐ ไม่เคย/No ☐ เคย/Yes ถ้าเคยโปรดแจ้ง/If yes, please state

ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน/Period of treatment in the hospital or Medical Facility _____ วัน/day

ลักษณะการบาดเจ็บ/Nature of Injury _____

ผลการรักษา/ Result of Treatment _____

แพทย์/s.พ. หรือสถานรักษา/ Physician/Hospital or Medical Facility _____

11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่/Do you have or have you ever been related for? :

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| 11.1 โรคลมชัก/Epilepsy or Convulsion | ☐ ไม่/ No | ☐ เคย/Yes |
| 11.2 โรคหัวใจ/Heart Disease | ☐ ไม่/ No | ☐ เคย/Yes |
| 11.3 ความดันโลหิตสูง/Hypertension | ☐ ไม่/ No | ☐ เคย/Yes |
| 11.4 โรคเบาหวาน/Diabetes Mellitus | ☐ ไม่/ No | ☐ เคย/Yes |
| 11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ/Muscular Skeletal | ☐ ไม่/ No | ☐ เคย/Yes |
| 11.6 โรคมะเร็ง/Cancer | ☐ ไม่/ No | ☐ เคย/Yes |
| 11.7 โรคเอดส์/AIDS or HIV positive | ☐ ไม่/ No | ☐ เคย/Yes |

12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูหรือไม่/Do you have defects in eyesight or hearing? :

☐ ไม่/ No ☐ มี/Yes ถ้ามี โปรดระบุ/If yes , please state _____

13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่/Do you have any disabled part of your body? :

☐ ไม่/ No ☐ มี/Yes ถ้ามี โปรดระบุ/If yes , please state _____

14. ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่/Have you ever taken narcotic drugs? :

☐ ไม่เคย/ No ☐ เคย/Yes ถ้าเคยโปรดระบุ/If yes , please state _____

15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่/Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs? :

☐ ไม่เคย/ No ☐ เคย/Yes ถ้าเคยโปรดระบุ/If yes , please state _____

16. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่/Do the proposer wish to claim the tax deduction for your health insurance? :

☐ ไม่ใช่/ No ☐ ใช่/Yes

ถ้าใช่ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์

วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วย ภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____ Yes, I would like to exercise my right regarding tax exemption for health insurance premium and hereby declare my intention and give consent to deliver and disclose my information pertaining to insurance premium to the Department of Revenue regarding rules and methods specified by the Department of Revenue. If the proposer is Non-Thai Residence which has personal line tax obligation under the Revenue Code, please specify Tax Identification Number issued by the Revenue Department. No. _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท/ I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company.

(_____)	(_____)	(_____)
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์/Written by	ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Proposer's Signature	ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม /Legal Representative's Signature
วันที่/Date _____ เดือน/Month _____ พ.ศ./Year _____	วันที่/Date _____ เดือน/Month _____ พ.ศ./Year _____	วันที่/Date _____ เดือน/Month _____ พ.ศ./Year _____

☐ ตัวแทน/Agent

☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้/Broker

ใบอนุญาตเลขที่/ License No. _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิ์ บอกล้างสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เป็นบริษัทประกันวินาศภัยชั้นนำในประเทศไทยซึ่งดำเนินการมากกว่า 120 ปี บริษัทฯให้บริการรับประกันวินาศภัย เช่น รถยนต์ อุบัติเหตุส่วนบุคคล อัคคีภัยสำหรับที่อยู่อาศัยและทรัพย์สิน ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก ประกันภัยขนส่งทางบก / ทะเล / อากาศ และอื่นๆ โดยมีเบี้ยประกันภัยรับมากกว่าปีละ 3,900 ล้านบาท มีบุคลากรกว่า 700 คน มีสาขาครอบคลุมทั่วประเทศ ที่พร้อมจะให้บริการที่เป็นเลิศแก่ผู้เอาประกันภัยของบริษัทฯ

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

1908 อาคาร เอ็ม เอส ไอ จี ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร +66 (0) 2825 8888 โทรสาร +66 (0) 2318 8550

MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

1908 MSIG Building New Petchburi Road, Bangkok, Huay Kwang, Bangkok 10310

Tel +66 (0) 2825 8888 Fax +66 (0) 2318 8550

www.msig-thai.com       MSIGThailand

