



ผลิตภัณฑ์ ประกันภัยทั่วไป (Non-Motor Insurance)





เริ่มต้นเพียง
370 บาท/ปี

- ✓ ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุ
- ✓ ค่าคุ้มครอง การแข่งกีฬาอันตราย
- ✓ ค่าคุ้มครองกระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

ประกันอุบัติเหตุ วัยใส

ความคุ้มครอง	Plan 1	Plan 2
1. กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1) > จากอุบัติเหตุทั่วไป > การถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา > การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ บขยายความคุ้มครอง > การแข่งกีฬาอันตราย	50,000 25,000 12,500 25,000	100,000 50,000 50,000 100,000
2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	5,000/ครั้ง	10,000/ครั้ง
3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	20,000
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วัน)	ไม่คุ้มครอง	500/วัน
5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	ไม่คุ้มครอง	100,000
6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม	ไม่คุ้มครอง	2,000



เงื่อนไขการรับประกันภัย :

1. แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุวัยใส ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 1-17 ปีบริบูรณ์ (ต่ออายุได้ถึง 20 ปีบริบูรณ์)
2. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการออกกรมธรรม์ โดยผู้เอาประกันภัย 1 คนสามารถถือได้ 1 กรมธรรม์เท่านั้น
3. ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายพิการ

370 บาท/ปี

950 บาท/ปี

*ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
 - บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในกรมธรรม์พร้อมกันเมื่อประกันภัยเต็มจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย
 - บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากเดิมเป็น บริษัท เจมาร์ค ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป



อุ่นใจได้ทุกวัน หมอดห่วงเรื่องค่ารักษา
เกิดอุบัติเหตุ เจมาาร์ท ประกันภัยจ่ายให้กับ

ประกันอุบัติเหตุ รุ่นใหญ่

ราคาเริ่มต้นเพียง
1.8 บาท/วัน

ค่ารักษาพยาบาล
เนื่องจากอุบัติเหตุ

ค่าคุ้มครองกระดูกแตกหัก
ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

ค่าคุ้มครองการชดเชย
รายได้ระหว่างรักษาตัว

ความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรืออวัยวะพิการอื่น (อบ. 1) > จากอุบัติเหตุทั่วไป (ไม่คุ้มครองกรณีการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่หรือ โดยสารรถจักรยานยนต์ และการถูกฆาตกรรมหรือ การถูกทำร้ายร่างกาย)	100,000	100,000	200,000
2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000/ครั้ง	10,000/ครั้ง	20,000/ครั้ง
3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	10,000	10,000
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัว ในโรงพยาบาลอื่นเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วัน)	500/วัน	500/วัน	1,000/วัน

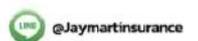
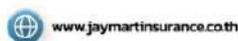
350 บาท/6 เดือน

670 บาท/ปี

1,120 บาท/ปี

เงื่อนไขการรับประกันภัย :

1. แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุรุ่นใหญ่ ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 55-70 บริบูรณ์ (ต่ออายุได้ถึง 75 ปีบริบูรณ์)
2. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการออกกรมธรรม์ โดยผู้เอาประกันภัย 1 คนสามารถถือได้ 1 กรมธรรม์เท่านั้น
3. ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายพิการ
4. อาชีพที่ยกเว้น : อาชีพที่ต้องใช้รถจักรยานยนต์เพื่อประกอบอาชีพ หรือทำงานกับเครื่องจักรเป็นประจำ
อาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับวัตถุระเบิด และเหมืองใต้ดิน คนงานก่อสร้าง นักกีฬาอาชีพ พนักงานประจำเรือและเครื่องบิน
รวมถึงทหารและตำรวจขณะปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและปราบปราม



- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจใบรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์พร้อมคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย
- บริษัท เจพี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากเดิมเป็น บริษัท เจมาาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)

วัยใส แผน.....

รุ่นใหญ่ แผน.....

1	ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ เพศ สัญชาติ / Nationality ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร. () บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง เลขที่ (No.) ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ อายุ / Age วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ความสูง / Height น้ำหนัก / Weight อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง Job Description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ บาท (Baht) (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแถลงข้อเท็จจริง) ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง Employer's Name Employer's Business ที่อยู่ของนายจ้าง รหัสไปรษณีย์ โทร. Employer's Address Post Code Tel.
2	ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร.
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
4	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? () ไม่มี () มีหรือได้ขอ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้ง
5	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? () ไม่เคย () เคย บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้าเคยโปรดแจ้ง
6	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว () ไม่เคย (No) () เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง ในโรงพยาบาลหรือไม่? ระยะเวลา ลักษณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา แพทย์ / ร.พ. หรือสถานรักษา
7	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) () ไม่ (No) () เคย (Yes) จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

..... วันที่.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม
ตัวแทน นายหน้าประกันรายนี้
Agent Broker

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.



SMART PA

ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

เริ่มต้น
550
บาท/ปี

“คุ้มครองหนัก จ่ายเบา”

เพียงวันละ **1.50** บาท

คุ้มครองสูงถึง...
150,000 บาท



ชื่อเลย

ค่ารักษาพยาบาล

ผลประโยชน์ชดเชย เมื่อเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน สูงถึง 90 วันตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย

ผลประโยชน์ชดเชย กรณีทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง สูงถึง 52 สัปดาห์

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- ผู้ทำประกันเป็นผู้มีสัญชาติไทย หรือชาวต่างชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีใบอนุญาตทำงานตามกฎหมาย
- มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปีบริบูรณ์ (สามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้ถึงอายุ 70 ปี)
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการบอกเลิกความคุ้มครอง หากตรวจพบว่าผู้ได้รับความคุ้มครอง มีพฤติกรรมทุจริตหรือ سوءไปทางทุจริต ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือมีคุณสมบัติตรงกันข้อยกเว้น เช่น พิกัด หรือเป็นโรคร้ายแรง เป็นต้น
- จำกัดการซื้อประกัน 1 คนซื้อได้ 1 กรมธรรม์

ความคุ้มครอง	แผน 1 (บาท)	แผน 2 (บาท)
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สลายตา หรือทุพพลภาพถาวร (อน.1) เนื่องจาก		
1.1. อุบัติเหตุทั่วไป	100,000	150,000
1.2. การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	150,000
1.3. การขับขี่ยานพาหนะหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	150,000
2. ผลประโยชน์ชดเชย กรณีรักษาตัวในโรงพยาบาล/วัน (ไม่เกิน 90 วัน)	500	700
3. ผลประโยชน์ชดเชย กรณีทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง/สัปดาห์ (ไม่เกิน 52 สัปดาห์)	500	700
4. ค่ารักษาพยาบาล/ครั้ง	5,000	5,000
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมภาษีและอากรแสตมป์)	550	750

อาชีพที่ยกเว้น : กลุ่มอาชีพที่เกี่ยวกับเหมือง, ลุงเรือ, มอเตอร์ไซค์รับจ้าง, กรรมกร, อาชีพที่เกี่ยวกับการทำงานบนที่สูง, อาชีพที่เกี่ยวกับงานวัตถุระเบิด, อาชีพทำงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน ก๊าซ เกี่ยวกับสารเคมี / สารพิษ

หมายเหตุ : ทหารและตำรวจ กรมธรรม์ไม่คุ้มครองในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและปราบปราม



www.jaymartinsurance.co.th



@Jaymartinsure



@Jaymartinsurance

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง
- บริษัทขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์พร้อมคืนเบี้ยประกันภัยเดิมจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย
- บริษัท เจพี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากเดิมเป็น บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)

MORE FUN แผน..... SAVED PAY แผน.....

1	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ เพศ สัญชาติ / Nationality ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร..... () บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง เลขที่ (No.) ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ อายุ / Age วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ความสูง / Height น้ำหนัก / Weight อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง Job Description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ บาท (Baht)
2	ผู้รับผลประโยชน์: ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร.....
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
4	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? () ไม่มี () มีหรือได้ขอ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง.....
5	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มเติมสำหรับการประกันดังกล่าวหรือไม่? () ไม่เคย () เคย บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้าเคยโปรดแจ้ง.....
6	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษา () ไม่เคย (No) () เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง ในโรงพยาบาลหรือไม่? ระยะเวลา..... ลักษณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา.....
7	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus) () ไม่ (No) () เคย (Yes) จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
(.....) วันที่.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม
ตัวแทน นายหน้าประกันภัยนี้
Agent Broker

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE
Give answers to all questions above truthfully otherwise th company may have caused to deny liability under the policy in accordance with
section 865 of the Civil & Commercial Code.



PA More Fun



✓ อายุผู้เอาประกันภัยระหว่าง 18-65 ปี (ต่ออายุได้ไม่เกิน 70 ปี)

เบี้ยเริ่มต้นเพียงวันละ **2.11 บาท** | **1 ล้านบาท**คุ้มครองสูงสุดถึง...

ตารางความคุ้มครอง	More Fun 1	More Fun 2	More Fun 3
ข้อตกลงคุ้มครอง (บาท)			
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.ม.1)			
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป	200,000	500,000	1,000,000
1.2 การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	250,000	500,000
1.3 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	250,000	500,000
การขยายความคุ้มครอง / จำกัดความรับผิด (บาท)			
2. เงินช่วยเหลือพิเศษ (กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ)	10,000	25,000	50,000
3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	10,000	25,000	50,000
4. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล / ครั้ง	5,000	5,000	10,000
5. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ / ครั้ง	2,000	5,000	10,000
เบี้ยสุทธิ (ก่อนรวมภาษีและอากร)	765	1,160	2,186
เบี้ยประกันภัยรายปี (บาท)	769	1,165	2,195

1. เงื่อนไขการรับประกัน

- 1.1 ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย
- 1.2 ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติ พิจาร บกพร่อง หรือทุพพลภาพ
- 1.3 บริษัทบอกล่วงนสิทธิ์ พิจารณารับประกันภัย

2. อาชีพที่ไม่รับประกันภัยได้แก่

- 2.1 นักการเมือง นักกีฬาอาชีพ
- 2.2 อาชีพที่เกี่ยวกับการติดตั้งเสาอากาศ ซ่อมหลังคา ทำงานบนนั่งร้าน หรืออาชีพอื่นๆ ที่ทำงานบนที่สูง
- 2.3 อาชีพที่เกี่ยวกับงานนวดทุระเบิด
- 2.4 พนักงานปฏิบัติงานบนสายการบินและเรือ คนงานในเหมืองแร่ ทำงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน

3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก

ถ้าผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุอันเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายตามที่ระบุไว้ใน ตารางผลประโยชน์การชดเชย กระดูกแตกหักภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์ ในอัตราร้อยละ ของจำนวนเงินเอาประกันภัยผลประโยชน์กระดูกแตกหัก เมื่อได้รับหลักฐาน พลุฉันทการแตกหักโดยการเอ็กซเรย์แล้ว

4. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ

- ถ้าการบาดเจ็บที่ได้รับจากอุบัติเหตุทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษายาพยาบาลสำหรับ
- 4.1 การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน ที่เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
- 4.2 การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์



www.jaymartinsurance.co.th



@Jaymartinsure



@Jaymartinsurance

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
 - บริษัทของสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์พร้อมคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย
 - บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากเดิมเป็น บริษัท เจมาร์ค ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป



ประกันอุบัติเหตุ
ส่วนบุคคล (PA)

Saved Pay

เบี้ยเริ่มต้นเพียงวันละ

3.45

บาท



อายุผู้เอาประกันระหว่าง 20-60 ปี
(ต่ออายุได้ไม่เกิน 75 ปี)



คุ้มครองสูงสุด
2 ล้านบาท

ตารางความคุ้มครอง	Saved Pay 1	Saved Pay 2	Saved Pay 3
ข้อตกลงคุ้มครอง (บาท)			
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)			
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป	200,000	500,000	1,000,000
1.2 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	250,000	500,000
1.3 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	250,000	500,000
การขยายความคุ้มครอง / จำกัดความรับผิด (บาท)			
2. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	400,000	1,000,000	2,000,000
3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	60,000	150,000	300,000
4. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล / ครั้ง	20,000	50,000	100,000
5. ค่าชดเชยรายวัน (พักรักษาใน sw./วันละ 500บาท)	30/วัน	120/วัน	150/วัน
เบี้ยสุทธิ (ก่อนรวมภาษีและอากร)	1,254	3,186	6,234
เบี้ยประกันภัยรายปี (บาท)	1,259	3,199	6,259

1. เงื่อนไขการรับประกัน

- 1.1 ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย
- 1.2 ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติ พิการ บกพร่อง หรือทุพพลภาพ
- 1.3 บริษัทของสงวนสิทธิ์ พิจารณารับประกันภัย

2. อาชีพที่ไม่รับประกันภัยได้แก่

- 2.1 นักการเมือง นักกีฬาอาชีพ
- 2.2 อาชีพที่เกี่ยวกับการติดตั้งเสาอากาศ ซ่อมหลังคา ทำงานบนนั่งร้าน หรืออาชีพอื่น ๆ ที่ทำงานบนที่สูง
- 2.3 อาชีพที่เกี่ยวกับงานวัตถุระเบิด
- 2.4 พนักงานปฏิบัติงานบนสายการบิน และเรือ คนงานในเหมืองแร่ ทำงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน

3. ผลประโยชน์กระดูกแตกหัก

ถ้าผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุอันเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายตามที่ระบุไว้ใน ตารางผลประโยชน์การชดเชย กระดูกแตกหักภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์ ในอัตราร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัยผลประโยชน์กระดูกแตกหัก เมื่อได้รับหลักฐานพิสูจน์การแตกหักโดยการเอ็กซเรย์แล้ว

4. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ

*ขณะผู้เอาประกันภัยเป็นผู้โดยสาร และเกิดอุบัติเหตุขึ้นรถโดยสารสาธารณะที่จดทะเบียนเพื่อการขนส่งทางบกสาธารณะตามตารางเดินรถในเส้นทางที่กำหนด

*ขณะผู้เอาประกันภัยเป็นผู้โดยสารสัฟท์ และเกิดอุบัติเหตุขึ้นที่สัฟท์สาธารณะสำหรับบรรทุกบุคคลหรือของ ระหว่างชั้นในอาคารสาธารณะ ทั้งนี้ไม่รวมถึงสัฟท์ที่ใช้ในเหมืองแร่ หรือสถานที่ก่อสร้าง

*ขณะผู้เอาประกันภัยอยู่ในอาคารสาธารณะในเวลาที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไป และเกิด ไฟไหม้ขึ้นในอาคารสาธารณะนั้น รวมถึงการกระโดดหนีไฟเพื่อรักษาชีวิตด้วย

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง
 - บริษัทของสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์พร้อมคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย
 - บริษัท เจพี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากเดิมเป็น บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)

MORE FUN แผน..... SAVED PAY แผน.....

1	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ เพศ สัญชาติ / Nationality ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร..... () บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง เลขที่ (No.) ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ อายุ / Age วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ความสูง / Height น้ำหนัก / Weight อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง Job Description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ บาท (Baht)
2	ผู้รับผลประโยชน์: ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร.....
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
4	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? () ไม่มี () มีหรือได้ขอ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้ง.....
5	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มเติมสำหรับการประกันดังกล่าวหรือไม่? () ไม่เคย () เคย บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้าเคยโปรดแจ้ง.....
6	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษา () ไม่เคย (No) () เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง ในโรงพยาบาลหรือไม่? ระยะเวลา..... ลักษณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา.....
7	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) () ไม่ (No) () เคย (Yes) จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ท่านมีความคิดปดใจของสาเหตุหรือสาเหตุบางอย่างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท (.....) วันที่..... ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	
หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม ตัวแทน นายหน้าประกันภัยนี้ Agent Broker	
คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE Give answers to all questions above truthfully otherwise th company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.	



“ คุ่มจุใจ ”

ชื่อ 1 คุ่มครองถึง 4

* ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง
* บริษัทขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกกรมธรรม์พร้อมคืนเบี้ยประกันภัยเงินจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย

เงื่อนไขความคุ้มครอง/รายละเอียด	แผน 1 (คุ้มครองคู่สมรส และ บุตรไม่เกิน 2 คน)	แผน 2 (คุ้มครองพ่อแม่)
1. การสูญเสียชีวิต		
1.1 การสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไป (เฉพาะผู้เอาประกันหลัก)	100,000	100,000
1.2 การสูญเสียชีวิตจากการขับขี่ หรือ โดยสารท้ายรถจักรยานยนต์ (เฉพาะผู้เอาประกันหลัก)	30,000	30,000
1.3 เสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรมและลอบทำร้ายร่างกาย	-	-
1.4 การสูญเสียชีวิตสำหรับบุคคลต่อไปนี้ "ต้องสูญเสีย หรือ ตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุทั่วไป" <ul style="list-style-type: none"> ● คู่สมรสที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย ● บุตรที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย (บาท/คน) ● บิดาและมารดาตามกฎหมาย (กรณีผู้เอาประกันหลัก เป็นบุตรและยังไม่สมรส) (บาท/คน) 	30,000 20,000 -	- - 20,000
2. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่อครั้ง) (เฉพาะผู้เอาประกันหลัก)	3,000	3,000
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากรแสตมป์ (บาท/ปี)	500	500

คุณสมบัติผู้สมัคร/เงื่อนไขการรับประกันภัย

- มีอายุแรกเข้าระหว่าง 20 - 75 ปีบริบูรณ์ (กรณีต่ออายุกรมธรรม์เมื่ออายุครบ 75 ปี จะไม่สามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้)
- ผู้สมัครมีสัญชาติไทย เท่านั้น
- 1 คน ชื่อได้ 1 กรมธรรม์เท่านั้น (ต้องระบุชื่อผู้เอาประกันทุกท่าน)
- แผนประกันภัยนี้ ไม่รับประกัน (ผู้เอาประกันภัยทุกท่าน) อาชีพมอเตอริสต์รับจ้าง หรือทำงานกับเครื่องจักรเป็นประจำ บุคคลที่ทำงานเกี่ยวกับวัตถุระเบิด และ เหมืองใต้ดิน คนงานก่อสร้าง นักกีฬาอาชีพ พนักงานประจำเรือ และเครื่องบิน
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการบอกเลิกความคุ้มครอง หากตรวจพบว่าผู้ได้รับความคุ้มครองมีพฤติกรรมทุจริตหรือส่อไปทางทุจริต ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือมีคุณสมบัติตรงกับข้อยกเว้น เช่น พิกัด หรือ เป็นโรคภัยแรง เป็นต้น

หมายเหตุ

1. หากผู้เอาประกันหลัก ได้ซื้อกรมธรรม์ไปแล้ว 1 กรมธรรม์ คู่สมรส / บุตร / บิดามารดา ที่ระบุตามกรมธรรม์จะไม่สามารถซื้อกรมธรรม์ในแพคเกจนี้ได้อีก
2. แผน 2 ผู้เอาประกันหลักต้องเป็นบุตรที่ยังไม่สมรส

ซื้อง่าย
แค่สแกน





ประกันอุบัติเหตุ

ผู้ใช้รถจักรยานยนต์

เดลิเวอรี่

สำหรับส่วนบุคคล และกลุ่ม



คุ้มครองสูงสุด

100,000 บาท

เริ่มต้นเพียง

350 บาท/ปี

✓ ค่ารักษาพยาบาล
เนื่องจากอุบัติเหตุ

✓ กรณีเสียชีวิต
จากอุบัติเหตุ

ข้อตกลง ความคุ้มครอง

1. กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ
หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1)

2. ค่ารักษาพยาบาล
จากอุบัติเหตุ
(ต่อครั้ง)

ค่าเบี้ยประกันภัยรวม
ต่อท่าน
(รวมอากรแสตมป์)

จำนวนเงิน
เอาประกันภัย
ต่อท่าน (บาท)

แผน 1

จากอุบัติเหตุ
ทั่วไป

50,000

จากการขาดกรรม
ทำร้ายร่างกาย
โดยเจตนา

50,000

จากการจับ
หรือโดยสาร
รถจักรยานยนต์

25,000

5,000

350

แผน 2

100,000

100,000

50,000

10,000

590

เงื่อนไข:

1. คนไทย สัญชาติไทย อายุ 15-60 ปีบริบูรณ์
2. 1 คน ชื้อได้ 1 ฉบับเท่านั้น
3. เอกสารประกอบการทำประกัน คือ ใบคำขอเอาประกันภัย และสำเนาบัตรประชาชน



www.jaymartinsurance.co.th



@Jaymartinsure



@Jaymartinsurance

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจใบรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง
 - บริษัทขอสงวนสิทธิ์ผลประโยชน์พร้อมกันเบี้ยประกันภัยเงินจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย
 - บริษัท เจพี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากเดิมเป็น บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป



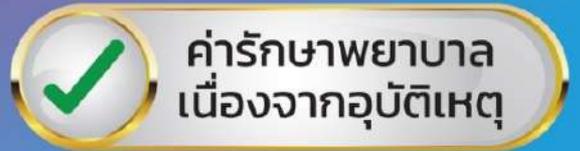
เจมาร์ท ประกันภัย

ประกันอุบัติเหตุ

พ่วง

เพียง **300** บาท/ปี

ขบมอเตอรืไซตใด้อุ่นใจกว่า



ความคุ้มครอง

Plan 1

Plan 2

1. กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1) (ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย)

- > จากอุบัติเหตุทั่วไป
- > จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (บาทต่อปี)

30,000

50,000

15,000

25,000

2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (ต่อครั้ง)

1,000

5,000

การประกันภัยนี้คุ้มครอง :

- ขณะผู้เอาประกันภัยอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา หรือสารเสพติดใดก็ได้
- การฆ่าตัวตาย, การแก่งูก, อาหารเป็นพิษ
- การได้รับเชื้อโรค ปรสิต เว้นแต่การติดเชื้อโรคจากบาดแผลที่ได้รับจากอุบัติเหตุ
- ภัยสงคราม การรุกราน การกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง ฯลฯ
- ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้ สำลัดวันป่า แข่งรถ หรือแข่งเรือ แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด รวมถึงเจ็ตสกี แข่งสเก็ต ขกมวย โดดร่ม ขึ้น/ลง/โดยสารในบอลลูน หรือเครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ปีน หรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
- ขึ้น/ลง/โดยสารในอากาศยานที่มีสายการบินพาณิชย์ / ขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยาน
- เข้าร่วมทะเลาะวิวาท หรือมีส่วนร่วมในการช่วยผู้เกิดทะเลาะวิวาท ก่ออาชญากรรม ขณะที่ถูกจับกุม หรือหนีการจับกุม
- ขณะปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ อาสาสมัคร

100 บาท/6 เดือน

300 บาท/ 1 ปี

* อายุที่รับประกัน 18 - 65 ปี

** รับเฉพาะคนไทย 1 คน ซื้อได้ 1 กรมธรรม์



www.jaymartinsurance.co.th



@Jaymartinsure



@Jaymartinsurance

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- บริษัทขอสงวนสิทธิ์ยกเว้นกรณีพร้อมกันเมื่อประกันภัยเกินจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย
- บริษัท เจพี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจากเดิมเป็น บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)			
<input type="checkbox"/> วิน แคน.....	<input type="checkbox"/> วัลไซ แคน.....	<input type="checkbox"/> รุ่นใหญ่ แคน.....	
1	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ เพศ สัญชาติ / Nationality ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร..... () บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง เลขที่ (No.) ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ อายุ / Age วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ความสูง / Height น้ำหนัก / Weight อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง Job Description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ บาท (Baht) (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแสดงข้อเท็จจริง) ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง Employer's Name Employer's Business ที่อยู่ของนายจ้าง รหัสไปรษณีย์ โทร. Employer's Address Post Code Tel.		
2	ผู้รับผลประโยชน์: ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร.....		
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.		
4	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? () ไม่มี () มีหรือได้ขอ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้ง.....		
5	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? () ไม่เคย () เคย บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้าเคยโปรดแจ้ง.....		
6	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว () ไม่เคย (No) () เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง ในโรงพยาบาลหรือไม่? ระยะเวลา..... ลักษณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา		
7	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus) () ไม่ (No) () เคย (Yes) จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) () ไม่ (No) () เคย (Yes) ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านมีอวัยวะพิการบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ		
<p>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท (.....) วันที่..... ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ Agent Broker</p>			
<p>คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.</p>			



	Plan 1	Plan 2	Plan 3
1. กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ: สายตา หรือ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อป.1) 1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	500,000
1.2 การถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา	50,000	100,000	250,000
1.3 การขับขีหรือโดยสารจักรยานยนต์	50,000	100,000	250,000
1.4 การแข่งกีฬาอันตราย	50,000	100,000	250,000
2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000/ครั้ง	20,000/ครั้ง	50,000/ครั้ง
3. ผลประโยชน์กระดูกแตก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	20,000	50,000
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลอื่นเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด30วัน)	ไม่คุ้มครอง	1,000/วัน	1,000/วัน
5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ:	200,000	400,000	1,000,000
6. ค่าใช้จ่ายกันตกรรม	5,000	5,000	5,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ (บาทต่อคนต่อปี)	980	2,000	3,500

เงื่อนไขการรับประกันภัย :

1. ผู้เอาประกันภัยระหว่าง 1-50 ปีบริบูรณ์ (เฉพาะสัญชาติไทยเท่านั้น)
2. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ: รวมทั้งอุบัติเหตุทั่วไปแล้ว
3. บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์สำหรับผู้เอาประกันภัย 1 คนสามารถถือได้ 1 กรมธรรม์เท่านั้น
4. ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีส่วนหนึ่งของร่างกายพิการ
5. อาชีพที่ยกเว้น : บุคคลที่ใช้จักรยานยนต์เป็นประจำในการประกอบอาชีพ อาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับวัตถุระเบิด และ เหมืองใต้ดิน หน่วยงานก่อสร้าง นักกีฬาอาชีพ พนักงานประจำเรือและเครื่องบิน



* ความคุ้มครองอยู่ภายใต้เงื่อนไขความคุ้มครองและข้อควรระวังกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ
 * ผู้ถือกรมทำพยานเข้าในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
 * บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขประกันภัยเป็นจำนวนครั้งโดยไม่จำกัดในการรับประกันภัย
 * บริษัท เวที ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางมด กรุงเทพมหานคร 10600 โทร. 02-2564 1111
 * บริษัท เวที ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางมด กรุงเทพมหานคร 10600 โทร. 02-2564 1111



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
Proposal for Accident Insurance

1	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ เพศ สัญชาติ / Nationality ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร. () บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง เลขที่ (No.) ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ อายุ / Age วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ความสูง / Height น้ำหนัก / Weight อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง Job Description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ บาท (Baht) (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแสดงข้อเท็จจริง) ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง Employer's Name Employer's Business ที่อยู่ของนายจ้าง รหัสไปรษณีย์ โทร. Employer's Address Post Code Tel.																																																			
2	ผู้รับผลประโยชน์: ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร.																																																			
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. ถึงสิ้นสุดวันที่ เวลา น.																																																			
4	จำนวนเงินทุนเอาประกันภัย แผนความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคลรวมก็หาอันคราย																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width:40%;">ชื่อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement / Endorsement</th> <th colspan="3" style="text-align:center;">จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)</th> </tr> <tr> <th style="text-align:center;">แผน 1</th> <th style="text-align:center;">แผน 2</th> <th style="text-align:center;">แผน 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป</td> <td style="text-align:center;">100,000</td> <td style="text-align:center;">200,000</td> <td style="text-align:center;">500,000</td> </tr> <tr> <td>1.2 จากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา</td> <td style="text-align:center;">50,000</td> <td style="text-align:center;">100,000</td> <td style="text-align:center;">250,000</td> </tr> <tr> <td>1.3 การจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์</td> <td style="text-align:center;">50,000</td> <td style="text-align:center;">100,000</td> <td style="text-align:center;">250,000</td> </tr> <tr> <td>1.4 การแข่งกีฬาอันตราย</td> <td style="text-align:center;">50,000</td> <td style="text-align:center;">100,000</td> <td style="text-align:center;">250,000</td> </tr> <tr> <td>2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ</td> <td style="text-align:center;">10,000 / ครั้ง</td> <td style="text-align:center;">20,000 / ครั้ง</td> <td style="text-align:center;">50,000 / ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>3. ผลประโยชน์กระดูกแตก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน</td> <td style="text-align:center;">10,000</td> <td style="text-align:center;">20,000</td> <td style="text-align:center;">50,000</td> </tr> <tr> <td>4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการรักษา ตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด30วัน)</td> <td style="text-align:center;">ไม่คุ้มครอง</td> <td style="text-align:center;">1,000 / วัน</td> <td style="text-align:center;">1,000 / วัน</td> </tr> <tr> <td>5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ</td> <td style="text-align:center;">200,000</td> <td style="text-align:center;">400,000</td> <td style="text-align:center;">1,000,000</td> </tr> <tr> <td>6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม</td> <td style="text-align:center;">5,000</td> <td style="text-align:center;">5,000</td> <td style="text-align:center;">5,000</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">เบี้ยประกันภัยรวมอากร</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> 980</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> 2,000</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> 3,500</td> </tr> </tbody> </table>		ชื่อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement / Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)			แผน 1	แผน 2	แผน 3	1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1)				1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	500,000	1.2 จากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา	50,000	100,000	250,000	1.3 การจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	250,000	1.4 การแข่งกีฬาอันตราย	50,000	100,000	250,000	2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000 / ครั้ง	20,000 / ครั้ง	50,000 / ครั้ง	3. ผลประโยชน์กระดูกแตก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	20,000	50,000	4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการรักษา ตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด30วัน)	ไม่คุ้มครอง	1,000 / วัน	1,000 / วัน	5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	200,000	400,000	1,000,000	6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม	5,000	5,000	5,000	เบี้ยประกันภัยรวมอากร	<input type="checkbox"/> 980	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 3,500
ชื่อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement / Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)																																																			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3																																																	
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1)																																																				
1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	500,000																																																	
1.2 จากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา	50,000	100,000	250,000																																																	
1.3 การจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	250,000																																																	
1.4 การแข่งกีฬาอันตราย	50,000	100,000	250,000																																																	
2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000 / ครั้ง	20,000 / ครั้ง	50,000 / ครั้ง																																																	
3. ผลประโยชน์กระดูกแตก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	20,000	50,000																																																	
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการรักษา ตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด30วัน)	ไม่คุ้มครอง	1,000 / วัน	1,000 / วัน																																																	
5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	200,000	400,000	1,000,000																																																	
6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม	5,000	5,000	5,000																																																	
เบี้ยประกันภัยรวมอากร	<input type="checkbox"/> 980	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 3,500																																																	
5	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ ? บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง () ไม่มี () มีหรือได้ขอ																																																			
6	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ? บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้าเคยโปรดแจ้ง () ไม่เคย () เคย																																																			
7	ท่านจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ? () ไม่ () เป็นครั้งคราว () เป็นประจำ																																																			
8	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ? () ไม่ () เป็นครั้งคราว () เป็นประจำ																																																			
9	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว ในโรงพยาบาลหรือไม่ ? ระยะเวลา ลักขณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา																																																			

• ประกันอุบัติเหตุ •

ผู้ใช้แรงงานต่างชาติ

คุ้มครองสูงสุด

100,000 บาท



อุ่นใจ
ทุกช่วงเวลา

ความคุ้มครอง

กรณีเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1)

- จากอุบัติเหตุทั่วไป 100,000 บาท
- จากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา 50,000 บาท
- จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ 50,000 บาท

ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่อครั้ง)

10,000 บาท

เบี้ยประกัน (รวมอากรแสตมป์) **630** บาท





ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)

สำหรับบุคคลต่างตัวหรือต่างชาติที่มีหนังสือรับรองการทำงานและVISAเข้าประเทศไทยอย่างถูกต้องกฎหมาย

1	ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ	เพศ	สัญชาติ / Nationality
	ที่อยู่	รหัสไปรษณีย์	โทร
	() บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง	เลขที่ (No.)	
	E-mail :	ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ	จังหวัด
	อายุ / Age	วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth	ความสูง / Height
	อาชีพปัจจุบัน	ตำแหน่ง	น้ำหนัก / Weight
	Job Description	เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage)	บาท (Baht)
		รายได้อื่น ๆ (Others)	บาท (Baht)

2	ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
	ที่อยู่	รหัสไปรษณีย์	โทร

3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่	เวลา	น. สิ้นสุดวันที่	เวลา	น.
---	-------------------------------------------	------------	------------------------	------------	----

4	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ ?	() ไม่มี	() มีหรือได้ขอ
	บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ขอได้ขอโปรดแจ้ง

5	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือการปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่	() ไม่เคย	() เคย
	บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ถ้าเคยโปรดแจ้ง

6	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว	() ไม่เคย (No)	() เคย (Yes)	ถ้าเคยโปรดแจ้ง
	ในโรงพยาบาลหรือไม่ ?	ระยะเวลา	ลักษณะการบาดเจ็บ	
		ผลการรักษา	แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา	

7	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?			
	ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ข. โรคหัวใจ (Heart Disease)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ
	ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ
	ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ
	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
 (.....) วันที่.....
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
 ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม
 นายหน้าประกันภัยรายนี้

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้
 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.



ประกันอุบัติเหตุ

พอใจ... แบบพอดีที่ดีต่อใจ

ราคาเริ่มต้นเพียง

350

 บาท / 3 เดือน

อายุที่รับประกัน 20-60 ปีบริบูรณ์



ความคุ้มครอง	PLAN 1	PLAN 2
ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลต่อครั้ง	5,000	5,000
ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ	2,000	5,000
เงินชดเชยรายสัปดาห์ : กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว (บาท/สัปดาห์) (ไม่เกิน 10 สัปดาห์)	3,000	5,000
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสีย อวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2)		
- จากอุบัติเหตุทั่วไป	200,000	500,000
- จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	250,000
- จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	250,000
ผลประโยชน์การถูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	25,000
ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ (ไม่รวมความคุ้มครองจากอุบัติเหตุทั่วไป)	200,000	500,000

เบี้ยประกันภัยรวมภาคีอากร (บาทต่อคนต่อ 3 เดือน)	350	1,120
เบี้ยประกันภัยรวมภาคีอากร (บาทต่อคนต่อปี)	1,000	3,200

เงื่อนไขการรับประกันภัย

● ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุแรกเข้าระหว่าง 20-60 ปีบริบูรณ์ (สามารถต่ออายุกรรมวิธีได้ อายุไม่เกิน 75 ปี) ● เป็นผู้มีสัญชาติไทย หรือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีใบอนุญาตทำงานถูกต้องตามกฎหมาย (Work Permit) หรือได้รับวีซ่าเกษียณอายุในประเทศไทย ● ไม่รับประกันอาชีพที่ต้องใช้รถจักรยานยนต์เป็นประจำ หรือทำงานกับเครื่องจักรเป็นประจำและบุคคลที่ทำงานเกี่ยวกับวัตถุระเบิด เหมืองใต้ดิน คนงานก่อสร้าง นักกีฬาอาชีพ พนักงานประจำเรือ และเครื่องบิน

หมายเหตุ : ทหารและตำรวจไม่คุ้มครองในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและปราบปราม

ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ: หมายถึง คุ้มครองผู้โดยสารขณะเกิดอุบัติเหตุขึ้นที่รถโดยสารสาธารณะ เช่น รถไฟลอยฟ้า รถไฟใต้ดิน รถโดยสารขนส่งมวลชน เป็นต้น ที่จดทะเบียนเพื่อการขนส่งทางบกสาธารณะตามตารางเดินรถในเส้นทางที่กำหนด, คุ้มครองผู้โดยสารขณะเกิดอุบัติเหตุขึ้นที่บนสิฟท์สาธารณะ ทั้งนี้ไม่รวมทั้งสิฟท์ที่ใช้ในเหมืองหรือสถานที่ก่อสร้าง, คุ้มครองในขณะที่อยู่ในอาคารสาธารณะในเวลาที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไป

ค่าใช้จ่ายทันตกรรมที่เกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ: ถ้าการบาดเจ็บที่ได้รับจากอุบัติเหตุทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษาพยาบาลสำหรับ การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน ที่ได้เกิดขึ้นภายหลัง 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุการเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟันทันตกรรมประดิษฐ์

ผลประโยชน์การแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน: ถ้าผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุอันเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายตามที่ระบุในตารางผลประโยชน์การชดเชย การถูกแตกหัก ภายใต้นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์นี้โดยร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย ผลประโยชน์การถูกแตกหัก ตามเงื่อนไขที่ระบุในกรมธรรม์

*** ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง บริษัทของลงสมัครสิทธิเลือกกรมธรรม์พร้อมคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการรับประกันภัย



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

Proposal for Accident Insurance

1	ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ เพศ สัญชาติ / Nationality ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร..... () บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง เลขที่ (No.) ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ จังหวัด ประเทศ อายุ / Age วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ความสูง / Height น้ำหนัก / Weight อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง Job Description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ บาท (Baht) (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้ขอเอาประกันภัย โปรดแสดงข้อเท็จจริง) ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง Employer's Name Employer's Business ที่อยู่ของนายจ้าง รหัสไปรษณีย์ โทร. Employer's Address Post Code Tel.
2	ผู้รับประกันภัย : ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร.....
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
4	จำนวนเงินทุนเอาประกันภัย สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง For coverage in Item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A.2 <input type="checkbox"/> ข้อ 1 การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) Item 1 Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A.1) <input type="checkbox"/> ข้อ 1 เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) Item 1 Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight Hearing Speech or Total Permanent Disability (P.A.2) <input type="checkbox"/> ข้อ 2 ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน สัปดาห์ Item 2 Total Temporary Disability Max. Weeks <input type="checkbox"/> ข้อ 3 ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน สัปดาห์ Item 3 Partial Temporary Disability Max. Weeks <input type="checkbox"/> ข้อ 4 ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง Item 4 Medical Expenses Each Accident
5	ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้.- Please include coverage on additional hazards as follows : การขับหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Driving of or riding as a passenger on motorcycles การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ Traveling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล Strike Riot and Civil Commotion
5	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ ? () ไม่มี () มีหรือได้ขอ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้ง.....
6	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ () ไม่เคย () เคย บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้าเคย โปรดแจ้ง.....
7	ท่านขับหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ? () ไม่ () เป็นครั้งคราว () เป็นประจำ
8	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ? () ไม่ () เป็นครั้งคราว () เป็นประจำ
9	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลหรือไม่ ? ระยะเวลา..... ถ้าเคย โปรดแจ้ง..... ผลการรักษา แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

Proposal for Accident Insurance

10	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?			
	ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ข. โรคหัวใจ (Heart Disease)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melilitus)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculaskeletal)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	
	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูข้างหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ
	ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ
	ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ
	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่ ?	() ไม่ (No)	() เคย (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่สรรพากร และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

(.....) วันที่.....

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้

Agent Broker

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE

Give answers to all questions above truthfully otherwise th company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.