

“ระวังแต่ไหน อุบัติเหตุก็เกิดได้”

มีประกันอุบัติเหตุ PA Protect ไว้
อุ่นใจทั้งครอบครัว

- ✓ ดูแลทันที **ตลอด 24 ชั่วโมง**
- ✓ คัดกรองค่ารักษาพยาบาล
พร้อมเงินชดเชยรายได้



บริษัท อินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน)

364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Indara Insurance Public Company Limited

364/29 Si Ayutthaya Rd., Payatai,
Ratchathewi, Bangkok 10400

ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 1726



PA Smile Protect

ชน ล้ม เจ็บตัว ก็ยังยิ้มได้

- ✓ เริ่มต้นคุ้มครองตั้งแต่อายุ 14 วัน - 22 ปี
- ✓ ด้วยค่ารักษาพยาบาลรวมสูงสุด 60,000 บาท**
- ✓ วางใจเรื่องค่าเล่าเรียน กรณีผู้อุปการะเสียชีวิต

PA Smart Protect

ใช้ชีวิตอย่างฉลาด
เต็มทีกับทุกประสบการณ์

- ✓ คุ้มครองอุบัติเหตุผู้ที่มีอายุระหว่าง 22 - 55 ปี
- ✓ รับเงินชดเชยรายได้
กรณีเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ✓ รับเงินก้อนสูงถึง 700,000 บาท**
กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ



PA Smooth Protect

แม่ล้นล้น บาดเจ็บ ชีวิตก็ไม่ติดขัด

- ✓ คุ้มครองอุบัติเหตุสูงถึงอายุ 85 ปี
- ✓ ค่ารักษาพยาบาลรวมสูงสุด 100,000 บาท**
พร้อมชดเชยค่ารถพยาบาลฉุกเฉิน
- ✓ รับเงินชดเชยรายได้
กรณีเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ✓ เงินชดเชยค่าทำกายภาพบำบัดจากอุบัติเหตุ

* ขึ้นกับแผนประกันภัยที่เลือกซื้อ

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พิธีโปรเทศ



5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์ เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ โรคเมะเร็ง โรคลดเอส หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

7. ท่านมีความผิดปกติของสายตา หรือประสาทหูบ้างหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

9. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non - Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

ไม่มีความประสงค์

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ สุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการทำบัญชีและธุรกิจประกันภัย

(สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อผู้อุปการะที่เป็นผู้ชำระเบี้ย

(_____) (_____)
วันที่ _____ วันที่ _____

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัท อินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน) 364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทร. 0 2631 1311 แฟกซ์ 0 2237 7409 ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537000394

ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 1726 www.indara.co.th



อินท
ประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พื่อโปรด

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย
 ข้าพเจ้าชื่อ _____ บามสกุล _____ เพศ ชาย หญิง
 วัน / เดือน / ปีเกิด ____ / ____ / ____ อายุ ____ ปี เลขประจำตัวประชาชน _____
 อาชีพ _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____
 เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ _____ รายได้อื่น ๆ ปีละ _____
 ที่อยู่ปัจจุบัน _____
 _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
 _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

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

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____

| ความคุ้มครอง | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) | เบี้ยประกันภัย (บาท) |
|--------------|-----------------------------|----------------------|
| | | |

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

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท อินทประกันภัย 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. ท่านขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

4. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

ประกันอุบัติเหตุ สำหรับวัยเกษียณ
PA Smooth Protect
 เตรียมพร้อมรับมือทุกสถานการณ์อย่างมั่นใจ

| ความคุ้มครอง | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) | | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 |
| 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 | 500,000 250,000 |
| 2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน | 10,000 | 20,000 | 50,000 |
| 3. ค่ารักษาพยาบาลกรณีกระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน (เพิ่มเติมจากข้อ 2) | 10,000 | 20,000 | 50,000 |
| 4. เงินชดเชยระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ผู้ป่วยใน) ต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 365 วัน) | 500 | 1,000 | 1,500 |
| 5. ค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ | 10,000 | 15,000 | 20,000 |
| 6. เงินชดเชยค่าทำกายภาพบำบัดเนื่องจากอุบัติเหตุ จ่ายตามจริงไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 วัน/ปี (รักษาต่อเนื่องจากผู้ป่วยใน) | 1,000 | 1,500 | 2,000 |
| 7. เงินชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ผู้ป่วยเนื่องจากอุบัติเหตุ จ่ายตามจริง สูงสุดไม่เกินต่อปี | 5,000 | 7,500 | 10,000 |
| 8. เงินชดเชยค่ารถพยาบาลฉุกเฉินเนื่องจากอุบัติเหตุจ่ายตามจริงต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน | ไม่คุ้มครอง | 2,000 | 5,000 |
| 9. เงินชดเชยค่าใช้จ่ายการเดินทางไปรักษาต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน (สูงสุดไม่เกิน 30 ครั้ง) | 500 | 500 | 500 |
| 10. เงินชดเชยสำหรับกองมรดก กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ | 100,000 | 100,000 | 100,000 |
| เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (บาท) | 2,000 | 3,250 | 5,710 |
| เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี กรณีต่ออายุ (บาท) | 2,250 | 3,640 | 6,390 |

เงื่อนไขการรับประกันภัย : ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 55 - 75 ปี
 (สำหรับผู้เอาประกันภัยรายเดิม สามารถต่ออายุได้ถึง 85 ปี)
รับประกันชั้นอาชีพที่ 1, 2 ได้แก่ เจ้าของกิจการ พนักงานประจำสำนักงาน ครู นักเรียน ผู้พิพากษา อัยการ และอาชีพที่ไม่เสี่ยงอันตราย
 หมายเหตุ : ต้องแถลงสุขภาพในใบคำขอเอาประกันภัย การแถลงสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย
 คำเตือน : ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
 เงื่อนไขการรับประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด
 รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) 364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ประกันอุบัติเหตุ สำหรับวัยทำงาน
PA Smart Protect
 ปกป้องเหตุการณ์ไม่คาดฝัน ด้วยความคุ้มครองที่เหนือกว่า

| ความคุ้มครอง | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) | | | |
|---|-----------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
| 1. การเสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง (อบ.2) 1.1 อุบัติเหตุทั่วไป (รวมการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย) สูงสุดไม่เกิน 1.2 อุบัติเหตุจากการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ สูงสุดไม่เกิน | 100,000 50,000 | 100,000 50,000 | 200,000 100,000 | 500,000 250,000 |
| 2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน | 10,000 | 10,000 | 20,000 | 30,000 |
| 3. ค่ารักษาพยาบาลกรณีกระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง สูงสุดไม่เกิน (เพิ่มเติมจากข้อ 2) | 10,000 | 10,000 | 20,000 | 30,000 |
| 4. เงินชดเชยระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ผู้ป่วยใน) ต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 365 วัน) | ไม่คุ้มครอง | 500 | 1,000 | 1,500 |
| 5. ค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 10,000 |
| 6. เงินชดเชยรายได้แก่ครอบครัว กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ สูงสุดไม่เกิน | ไม่คุ้มครอง | 50,000 | 100,000 | 200,000 |
| 7. เงินชดเชยหนี้ค้างชำระตามกฎหมาย กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ สูงสุดไม่เกิน | ไม่คุ้มครอง | 50,000 | 100,000 | 200,000 |
| เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (บาท) | 910 | 1,370 | 2,380 | 4,140 |

เงื่อนไขการรับประกันภัย : ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 22 - 55 ปี
 (สำหรับผู้เอาประกันภัยรายเดิม สามารถต่ออายุได้ถึง 60 ปี)
รับประกันชั้นอาชีพที่ 1, 2 ได้แก่ เจ้าของกิจการ พนักงานประจำสำนักงาน ครู นักเรียน ผู้พิพากษา อัยการ และอาชีพที่ไม่เสี่ยงอันตราย
 หมายเหตุ : ต้องแถลงสุขภาพในใบคำขอเอาประกันภัย การแถลงสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย
 คำเตือน : ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
 เงื่อนไขการรับประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด
 รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) 364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ประกันอุบัติเหตุ สำหรับวัยเด็ก
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. เงินชดเชยระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ (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
- ผู้อุปการะหมายถึงบิดา มารดา หรือผู้ที่ส่งเสียเลี้ยงดู และมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา พี่ และได้ระบุชื่อไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ : ต้องแถลงสุขภาพในใบคำขอเอาประกันภัย การแถลงสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย
 คำเตือน : ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
 เงื่อนไขการรับประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด
 รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) 364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400