

ปกป้องคุณ และคนที่คุณรัก

ให้อุ่นใจด้วยประกันภัยไข้เลือดออก

- ✓ เบี้ยประกันภัย เริ่มต้นเพียง **119** บาท/ปี*
- ✓ คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล สูงสุด **100,000** บาท*
- ✓ รับเงินค่าชดเชยรายวัน สูงสุด **1,000** บาท/วัน*



ลูกค้า INSURE อินทระกันภัย รับสิทธิพิเศษ



ผ่านไลน์ THAI GROUP



เป็นพันธมิตรกับ THAI GROUP



สนใจผลิตภัณฑ์

ประกันภัยไข้เลือดออก เป็นชื่อทางการตลาดของกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก
*ความคุ้มครอง และเบี้ยประกันภัยเป็นไปตามแผนการประกันภัยที่เลือกซื้อ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

www.indara.co.th
☎ 0 2636 5656

รายละเอียดความคุ้มครอง และจำนวนเงินเอาประกันภัย

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน (IPD) และกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) (จ่ายตามจริงแต่ไม่เกินผลประโยชน์คุ้มครองสูงสุดต่อปี)	10,000	30,000	50,000	100,000
2. เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมต่อวัน (คุ้มครองสูงสุดไม่เกิน 15 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวต่อครั้ง)	-	300	500	1,000
ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
สำหรับผู้เอาประกันภัยอายุ 5 - 70 ปี (ต่ออายุได้ถึง 99 ปี)	119	399	599	799

เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. แผนประกันภัยนี้ให้ความคุ้มครองสำหรับผู้เอาประกันภัยที่มีอายุ 5 - 70 ปี ต่ออายุได้ถึงอายุ 99 ปี
2. ผู้เอาประกันภัย 1 ราย สามารถซื้อกรมธรรม์ประกันภัยได้เพียง 1 ฉบับเท่านั้น
3. ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายพิการ
4. กรมธรรม์มีผลคุ้มครองเมื่อพ้น 30 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับครั้งแรก
5. เบี้ยประกันภัยดังกล่าวรวมอากรแสตมป์ และภาษีแล้ว

คำเตือน :

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียด ความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- เงื่อนไขการรับประกันภัย และอัตราเบี้ยประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

รับประกันภัยโดย : บริษัท อีกรประกันภัย จำกัด (มหาชน) 364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไขเลือดออก

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง / เชื้อชาติ / สัญชาติ /

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

อาชีพ สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด

ผู้รับประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย Insuring Agreement/Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

 ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่

คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคไขเลือดออกไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

 ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม

สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

 ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

3) ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?

 ไม่มี มี (โปรดระบุ)

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไขเลือดออก

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลข
- ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้น และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐาน ของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย

- การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) 364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2636 5656