

# “ระวังแต่ไหน อุบัติเหตุก็เกิดได้”

มีประกันอุบัติเหตุ PA Protect ไว้  
อุ่นใจทั้งครอบครัว

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



**บริษัท อินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน)**

364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงถนนพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

**Indara Insurance Public Company Limited**

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

**ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2636 5656**



## PA Smile Protect

ชน ล้ม เจ็บตัว ก็ยังยิ้มได้

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

## PA Smart Protect

ใช้ชีวิตอย่างสมารถ  
เต็มที่กับทุกประสบการณ์

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



## PA Smooth Protect

แม่ล้นล้ม บาดเจ็บ ชีวิตก็ไม่ติดขัด

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

\* ขึ้นกับแผนประกันที่เลือกซื้อ

## ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พื่อโปรด



5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์  
เกี่ยวกับโรคลมชัก โรควัณโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ โรคเมะเร็ง โรคเอดส์ 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 และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์  
วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non - Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้  
ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้า  
ขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มี  
ความพิการใด ๆ และตกลง ที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้า  
เป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท  
อินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษา พยาบาล และสภาพร่างกายของ  
ข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริง  
เกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ สุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และ  
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการทำใบเคลมธุรกิจประกันภัย

\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
\_\_\_\_\_ (สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้  
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

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

โทร. 0 2247 9261, 0 2247 6570 แฟกซ์ 0 2247 9260, 0 2642 4454 ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537000394

ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2636 5656 www.indara.co.th



**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พีโอโปรเทค**

**ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย**  
 ข้าพเจ้าชื่อ \_\_\_\_\_ บามสกุล \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง  
 วัน / เดือน / ปีเกิด \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_ ปี เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_  
 อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป \_\_\_\_\_  
 เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ \_\_\_\_\_ รายได้อื่น ๆ ปีละ \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
 ที่ทำงาน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ผู้รับประโยชน์ :  
 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.

**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
<b>เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (บาท)</b>	<b>2,000</b>	<b>3,250</b>	<b>5,710</b>
<b>เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี กรณีต่ออายุ (บาท)</b>	<b>2,250</b>	<b>3,640</b>	<b>6,390</b>

**เงื่อนไขการรับประกันภัย :** ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 55 - 75 ปี  
 (สำหรับผู้เอาประกันภัยรายเดิม สามารถต่ออายุได้ถึง 85 ปี)  
**รับประกันขั้นอายุชีพที่ 1, 2** ได้แก่ เจ้าของกิจการ พนักงานประจำสำนักงาน ครู นักเรียน ผู้พิพากษา อัยการ และอาชีพที่ไม่เสี่ยงอันตราย  
 และอาชีพที่ไม่เสี่ยงอันตราย  
**รับประกันขั้นอายุชีพที่ 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 แขวงถนนพญาไท 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
<b>เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (บาท)</b>	<b>910</b>	<b>1,370</b>	<b>2,380</b>	<b>4,140</b>

**เงื่อนไขการรับประกันภัย :** ผู้เอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 22 - 55 ปี  
 (สำหรับผู้เอาประกันภัยรายเดิม สามารถต่ออายุได้ถึง 60 ปี)  
**รับประกันขั้นอายุชีพที่ 1, 2 และ 3**  
 • ชั้นอายุชีพที่ 1 และ 2 ได้แก่ เจ้าของกิจการ พนักงานประจำสำนักงาน ครู นักเรียน ผู้พิพากษา อัยการ และอาชีพที่ไม่เสี่ยงอันตราย  
 • ชั้นอายุชีพที่ 3 ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านช่างฝีมือ หรือกระบวนการผลิต หรือบริการ ช่างทำเฟอร์นิเจอร์ ช่างทอง ช่างทำรองเท้า เป็นต้น  
 หมายเหตุ : ต้องแถลงสุขภาพในใบคำขอเอาประกันภัย การแถลงสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย  
 คำเตือน :  
 • ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง  
 • เงื่อนไขการรับประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด  
 รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) 364/29 ถนนศรีอยุธยา แขวงถนนพญาไท 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
<b>เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (บาท)</b>	<b>1,320</b>	<b>2,300</b>

**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 แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400