

แผนประกันภัย เอ็ม เอส ไอ จี ทริปเปิ้ล แคร์ (MSIG Triple Care)

สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล เอ็ม เอส ไอ จี แคร์

ความคุ้มครอง	อายุ 6 เดือน ถึง 60 ปี (ต่ออายุได้ถึง 70 ปี)					อายุ 21 ปี ถึง 60 ปี (ต่ออายุได้ถึง 70 ปี)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	แผน 9
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาขาคา การรับฟังเสียง การพูด ออกลีซง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) จากอุบัติเหตุ และการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	750,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ ตามข้อตกลงคุ้มครอง อ.บ.2	200,000	400,000	600,000	800,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000
ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาขาคา การรับฟังเสียง การพูด ออกลีซง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) จากอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์	50,000	100,000	150,000	200,000	250,000	375,000	500,000	500,000	500,000
ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000	75,000	100,000	150,000	200,000
ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	5,000	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	30,000	50,000	50,000
ผลประโยชน์กระดูกแตกหักจากอุบัติเหตุ รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	5,000	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	30,000	50,000	50,000
ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ จำกัดสูงสุดไม่เกิน 30 วัน ต่อการบาดเจ็บแต่ละครั้ง	-	-	-	-	500	500	500	500	500

เบี้ยประกันภัยรายปี รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	แผน 9
สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอาชีพชั้น 1 หรือ 2	899	1,399	1,899	2,299	2,599	3,949	5,199	6,599	8,199
สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอาชีพชั้น 3	1,299	2,099	2,699	3,799	4,599	N/A	N/A	N/A	N/A

มอบความมั่นคงอุ่นใจให้แก่คนที่คุณรัก พร้อมช่วยแบ่งเบาภาระที่อาจทำให้ท่านต้องหนักใจ
ด้วยแผนประกันภัย เอ็ม เอส ไอ จี ทริปเปิ้ล แคร์ (MSIG Triple Care)

- ให้ความคุ้มครองมากกว่า ด้วยความคุ้มครองแบบ อบ.2 พร้อมค่ารักษาพยาบาล
 - ให้ความคุ้มครองเป็น 2 เท่า สำหรับอุบัติเหตุสาธารณะ
- และยังให้คุ้มครองมากกว่า ด้วยค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมกรณีกระดูกแตกหัก และค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ
 - รับประกันภัยได้ โดยไม่ต้องตรวจสอบสุขภาพ
 - เบี้ยประกันภัยต่ำ เริ่มต้นเพียงวันละ 2 บาทเศษ
 - คุ้มครองอุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก
- อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย

**ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล**

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ โทร _____ โทรมือถือ _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ เลขที่บัตรประชาชน _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____					
	อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	เพศ	สัญชาติ
	อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา _____					
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือถือ _____					
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น.					
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน _____					
5.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท					
6.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย					
	โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
	ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
	โรคกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	โรคนิ่ว	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
	โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	โรคกระดูก และข้อ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
				โรคเอดส์	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
				โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
				โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
7.	ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือ เคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุ _____					
8.	ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงความรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย _____

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ _____ ใบอนุญาตเลขที่ _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิบอกกล่าวสัญญาได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865