

แบบฟอร์มผู้สมัครประกันอุบัติเหตุ บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) เริ่มคุ้มครองวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2565 ถึง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ยื่นใบสมัครพร้อมชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 1 พ.ย. พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 พ.ย. พ.ศ. 2565

กรุณาเขียนชื่อ นามสกุล วัน เดือน ปีเกิด อายุ ด้วยตัวบรรจงให้ถูกต้องครบถ้วน

คุณสมบัติของผู้ทำประกัน ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ, คู่สมรส, บุตร, บิดา, มารดาของสมาชิกสหกรณ์ฯ อายุตั้งแต่ 16 ปี - 70 ปีบริบูรณ์ เท่านั้น

ความคุ้มครอง

จำนวนเงินเอาประกันภัย

อายุ 16 ปี - 65 ปี

อายุ 66 ปี-70 ปี

1.การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ

200,000 บาท

100,000 บาท

2.การขบขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์

200,000 บาท

100,000 บาท

3.การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย

200,000 บาท

100,000 บาท

เบี้ยประกัน/ราย/ปี

225 บาท

255 บาท

ที่	ชื่อ - สกุล	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	เบี้ยประกัน	ผู้รับผลประโยชน์
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
			รวม		

..... สมาชิกสหกรณ์

เล่มที่.....เลขที่..... วันที่.....

(.....)

.....ผู้รับเงิน