




บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน)
INDARA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

36429 ถนนสีหบัญชร แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร: 02-247-9261, 02-247-6570 โทรสาร: 02-247-9269, 02-642-4454
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 07537045761
36429 Si Ayuthaya Rd., Thanonpayatai, Ratchathewi Bangkok 10400 Tel: 02-247-9261, 02-247-6570 Fax: 02-247-9269, 02-642-4454
Tax ID: 07537045761

สำนักงานใหญ่

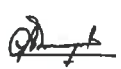
เลขที่: TI-BK-82808681
วันที่: 10.05.2565

สำเนาตารางกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ/ ใบเสร็จรับเงิน/ ใบกำกับภาษี
THE SCHEDULE / RECEIPT / TAX INVOICE COPY

รหัสบริษัท: Co. Code	IIC	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่: Policy No	R01CM10001416036			
รายการ 1. ผู้เอาประกันภัย: Item 1. The Insured	ชื่อ: Name ที่อยู่: Address	บริษัท ฮาเคย์แคปปิตอล จำกัด 184 ชั้น 2 ถนนสุรวงศ์ แขวง สีพระยา เขต บางรัก กรุงเทพมหานคร 10500 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0105537045761 สำนักงานใหญ่				อาณาเขตคุ้มครอง: Territorial Limit : ประเทศไทย Thailand
รายการ 2. ระยะเวลาประกันภัย: Item 2. Period of Insurance	เริ่มวันที่: From	01.07.2565 16:31	ถึงวันที่: To	01.07.2566	เวลา 16:30 น. at 16:30 hours	
รายการ 3. รถที่เอาประกันภัย: Item 3. Particulars of Motor Vehicle	รหัส: Code	ชื่อรถ: Motor Vehicle Model	เลขทะเบียน: Licence No.	เลขค้ำฉิ่ง: Chassis No.	แบบตัวถัง: Body Type	ขนาดเครื่องยนต์/จำนวนที่นั่ง/น้ำหนักรวม: C.C./No. of Seats/Weight
	2.10	TOYOTA REVO	6กค 7850 กท	MR0JB8DD803124284	รถเก๋ง	2400 C.C./ 7 Seats/ -- Kg.
รายการ 4. จำนวนเงินคุ้มครองผู้ประสบภัย: Item 4. Limit of Coverage	<p>(1) 80,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัย 80,000 Baht per person for bodily injury or injury to health</p> <p>(2) 500,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับการเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง 500,000 Baht per person for loss of life or total permanent disability</p> <p>(3) 200,000 บาท ถึง 500,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับทุพพลภาพของอวัยวะ หรือการสูญเสียอวัยวะ ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยข้อ 3 200,000 Baht to 500,000 Baht per person of permanent disability or dismemberment according to Clause 3</p> <p>(4) 200 บาทต่อวัน รวมไม่เกิน 20 วัน สำหรับการชดเชยค่าจ้างกรณีผู้ประสบภัยนอนโรงพยาบาลในกรณีนอนป่วย 200 Baht per day, not more than 20 days for daily compensation in case of hospitalization as an inpatient.</p> <p>(5) กรณีผู้ประสบภัยเป็นผู้ขับขี่ซึ่งรถที่ประสบภัยได้รับความเสียหายโดยผู้ประสบภัยซึ่งเป็นผู้ขับขี่ในรถที่ประสบภัย In the event that the victim is a driver the vehicle will cover only Preliminary Compensation according to Item 5.</p> <p>ทั้งนี้จำนวนเงินคุ้มครองสูงสุดสำหรับ (1) (2) (3) และ (4) รวมกันไม่เกิน 504,000 บาท ต่อหนึ่งคน และรวมกันไม่เกินค่าเบี้ยประกันภัยที่มีตั้ง ไม่เกินขีดจำกัดหรือบรรทัด ผู้โดยสารรวมและผู้ขับขี่ในกรณีซ้อนคัน และไม่เกินสี่คนบนรถ สำหรับรถที่มีที่นั่งเกินสี่คนหรือบรรทัดรวมผู้โดยสารรวมและผู้ขับขี่ในกรณีซ้อนคัน ไม่เกินขีดจำกัด Maximum coverage for item (1), (2), (3) and (4) combined shall not exceed 504,000 Baht per person and total coverage per accident shall not exceed 5 million Baht for vehicle not more than 7 seats or vehicle carrying not more than 7 persons including driver and not exceed 10 million Baht per accident for vehicle more than 7 seats or vehicle carrying more than 7 persons including driver.</p> <p>ทั้งนี้รายละเอียดความคุ้มครองเป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย Particulars of coverages shall be subject to conditions of this policy</p>					
รายการ 5. จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น: Item 5. Limit of Preliminary Compensation	<p>ความเสียหายต่อร่างกาย ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อหนึ่งคน หรือตามที่กฎหมายกำหนด Bodily injury not exceeding 30,000 Baht per person or according to the law.</p> <p>ความเสียหายต่ออวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง 35,000 บาท หรือตามที่กฎหมายกำหนด Bodily injury for dismemberment or permanent disability 35,000 Baht or according to law.</p> <p>ความเสียหายต่อชีวิต 35,000 บาท ต่อหนึ่งคน หรือตามที่กฎหมายกำหนด Loss of life 35,000 Baht per person or according to law.</p> <p>จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของจำนวนเงินคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถตามรายการ 4. Preliminary Compensation is part of compensation according to Item 4.</p>					
รายการ 6. เบี้ยประกันภัย (บาท) Item 6. Premium (Baht)						ชำระอากรแล้ว
เบี้ยประกันภัย Premium	ส่วนลดจากการประกันภัยโดยตรง Direct Insurance Discounts	เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium	อากรแสตมป์ Revenue Stamps	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT	รวมเงิน Total	
1,900.00	228.00	1,672.00	7.00	117.53	1,796.53	
รายการ 7. การใช้รถ: Item 7. Use of Motor Vehicle	ส่วนบุคคล หรือรับจ้าง/ให้เช่า					
<input checked="" type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง Direct Insurance	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันภัยรายนี้ Agent	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัยรายนี้ Broker	1110126398 บมจ. อินทประกันภัย	ใบอนุญาตเลขที่ 000 License No		

วันที่ทำสัญญาประกันภัย: 10.05.2565

เพื่อเป็นหลักฐาน บริษัท โดยบุคคลผู้มีอำนาจได้ลงลายมือชื่อและประทับตราของบริษัทไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานของบริษัท
To be evidence the Company by an authorized persons signed and affixed the Company seal at its Office


กรรมการ Director


กรรมการ Director




ผู้รับมอบอำนาจ Authorized Signature/ผู้รับเงิน Cashier

หลักฐานแสดงการประกันภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
เพื่อใช้สำหรับการจดทะเบียนรถใหม่หรือขอเสียภาษีประจำปีโดยนิตยทะเบียนขนส่ง
Evidence of Insurance under the Protection for Motor Vehicle Victims Act,
to apply for a new vehicle registration or annual tax with the Land Transport registrar



เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า รถหมายเลขทะเบียนที่ This document is intended to indicate motor vehicle registration No. 6กค 7850 กท ค้ำฉิ่งเลขที่ Chassis No. MR0JB8DD803124284

ได้ทำประกันภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 แล้ว โดยมีระยะเวลาประกันภัย Is insured under the Protection for Motor Vehicle Victims Act B.E. 2535

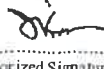
เริ่มในวันที่ Period Insured from 01.07.2565 16:31 ถึงวันที่ to 01.07.2566 16:30 ตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Insurance Policy No. R01CM10001416036

ของบริษัท Insurance Company name บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน)


กรรมการ Director


กรรมการ Director




ผู้รับมอบอำนาจ Authorized Signature/ผู้รับเงิน Cashier



บริษัท อินทรประกันภัย จำกัด (มหาชน)
INDARA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

364-29 ถนนศรีอยุธยา แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร: 02-247-9261, 02-247-6578 แฟกซ์: 02-247-9269, 02-642-4454
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107537000194
 364-29 Si Ayuthaya Rd., Thanonprayatzi, Rajchathewi Bangkok 10400 Tel: 02-247-9261, 02-247-6578 Fax : 02-247-9269, 02-642-4454
 Tax ID: 0107537000194

รหัสบริษัท: IIC **สำเนาตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์**
 CO : Code **SCHEDULE OF MOTOR INSURANCE POLICY COPY**

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่: R04VMI0000687813 **อาณาเขตคุ้มครอง: ประเทศไทย**
 Policy No. **Territorial Limit Cover: Thailand**

ผู้เอาประกันภัย ชื่อ บริษัท อคเนย์แคปปิตอล จำกัด **อาชีพ** ไม่ระบุ
 The Insured Name **Occupation**
 1969302 **ที่อยู่** 184 ชั้น 2 ถนนสุรวงศ์ **โทรศัพท์** 0-2267-5999
 Address **แขวง** สีพระยา เขต บางรัก **Telephone**
กรุงเทพมหานคร 10500

ผู้ขับขี่ที่ 1 ไม่ระบุผู้ขับขี่ **วันเดือนปีเกิด** **อาชีพ** ไม่ระบุ
 Driver1 **Date of Birth** **Occupation**
ผู้ขับขี่ที่ 2 **วันเดือนปีเกิด** **อาชีพ** ไม่ระบุ
 Driver2 **Date of Birth** **Occupation**

ผู้รับประโยชน์: บจก. อคเนย์แคปปิตอล
 Beneficiary:

ระยะเวลาประกันภัย: เริ่มในวันที่ 01.07.2565 16:31 **สิ้นสุดวันที่** 01.07.2566 **เวลา** 16:30 น.
 Period of Insurance Start Date **End Date** **Time** 04:30 PM

รายการรถยนต์ที่เอาประกันภัย: (ชำระอากรแล้ว) **Stamp Duty Paid**
 Particulars of The Insured Vehicle

ลำดับ No.	รหัส Code	ชื่อรถยนต์/รุ่น Make/Model	เลขทะเบียน Licence No.	เลขตัวถัง Chassis No.	ปีรุ่น Model Yr.	แบบตัวถัง Body Type	จำนวนที่นั่ง/ขนาดน้ำหนัก No. of Seats/C.C./GVW
1	120	TOYOTA HILUX REVO	6กค 7850 กท	MR0JB8DD803 124284	2017	รถยนต์ไม่เกิน 7 ที่นั่ง	5 Seats/ 2400 C.C./ -- Kg

จำนวนเงินเอาประกันภัย: กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะบุคคลกลุ่มคุ้มครองที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น
 SUM INSURED: This policy is covered only by the argued sum insured indicated.

ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก Third Party Liability	รถยนต์เสียหาย สูญหาย ไฟไหม้ Own Damage, Fire and Theft	ความคุ้มครองตามเอกสารแนบท้าย Coverage of Endorsement
1) ความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรืออนามัย Loss of life, Physique, Sanitary Health เฉพาะส่วนเกินวงเงินสูงสุดตามพร.บ. For amount exceeding Motor Compulsory Insurance 1,000,000 บาท/คน Baht/Person 10,000,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident 2) ความเสียหายต่อทรัพย์สิน Property Damage 5,000,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident 2.1 ความเสียหายส่วนแรก Deductible ไม่รวม พร.บ. (Excluding Compulsory Insurance)	1) ความเสียหายรถยนต์ Own Damage 450,000 บาท/ครั้ง Baht/Accident 1.1 ความเสียหายส่วนแรก Deductible บาท/ครั้ง Baht/Accident 2) รถยนต์ สูญหาย/ไฟไหม้ Fire/Theft 450,000 บาท Baht	1) อุบัติเหตุส่วนบุคคล Personal Accident 1.1 เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Loss of life / Physique / Total and Permanent Disability ก) ผู้ขับขี่ 1 คน 200,000 บาท Baht Driver Person ข) ผู้โดยสาร 4 คน 200,000 บาท/คน Baht/Person Passenger Persons 1.2 ทุพพลภาพชั่วคราว Temporary Disability ก) ผู้ขับขี่ 1 คน - บาท/สัปดาห์ Baht/Week Driver Person ข) ผู้โดยสาร - คน - บาท/คน/สัปดาห์ Baht/Person/Week Passenger Persons 2) ค่ารักษาพยาบาล Medical Payment 200,000 บาท/คน Baht/Person 3) การประกันตัวผู้ขับขี่ Bail Bond 200,000 บาท/ครั้ง Baht/event

เบี้ยประกันภัยตามความคุ้มครองหลัก 20,409.00 บาท/Baht
 Primary Coverage Premium
เบี้ยประกันภัยนี้หักส่วนลดกรณีระบุชื่อผู้ขับขี่ 0.00 บาท(แล้ว)
 (Net Premium after deducting discount premium for "Named Driver" Baht)

ส่วนลด Discount	ความเสียหายส่วนแรก Deductible	บาท Baht	ส่วนลดกลุ่ม Fleet 2,376.00 บาท	ประวัติ 6,415.00 บาท	อื่นๆ Others 2,694.00 บาท	รวมส่วนลด Total Discount 11,485.00 บาท
ส่วนเพิ่ม Surcharge	ประวัติเพิ่ม	บาท Baht	Surcharge Amount/Baht			

เบี้ยประกันภัยสุทธิ/Net Premium	อากร/Stamp	ภาษีมูลค่าเพิ่ม/VAT	รวม/Total
12,274.00	50.00	862.68	13,186.68

รายการเอกสารแนบท้ายที่แนบ/Endorsement: ๖.๐ 30

การใช้รถยนต์: ใช้เพื่อการพาณิชย์ ไม่ใช้รับจ้างสาธารณะ
 Purpose of use: COMMERCIAL USE ONLY, NOT FOR PUBLIC USE

การประกันภัยโดยตรง (Direct) ตัวแทนประกันภัยรายนี้ (Agent) นายหน้าประกันภัยรายนี้ (Broker) บมจ. อินทรประกันภัย **ใบอนุญาตเลขที่ (License No.) 000**

วันที่สัญญาประกันภัย/Date of Agreement Signed 23.05.2565 **วันที่กรมธรรม์ประกันภัย/Date of Policy Issued** 23.05.2565

เพื่อเป็นหลักฐานบริษัท โดยบุคคลผู้มีอำนาจ ใตลงลายมือชื่อและประทับตราของบริษัทไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานของบริษัท
 As evidence the Company has caused this Policy to be signed by authorized persons and the Company's seal to be affixed at its office.
 ขอความพยานยืนยันของแบบฟอร์มนี้ถือว่าเป็นสำเนาแทนหนังสือข้อความภาษาไทยเป็นข้อความที่มีผลบังคับ / Please note that English translation of this form will serve as translation only.
 SECAP056

กรรมการ/ Director

กรรมการ/ Director



ผู้รับมอบอำนาจ/Authorized Signature