

ใบคำขอเอาประกันภัย Application

กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเดินทางในประเทศส่วนบุคคล Domestic Travel Insurance Policy
ประกันภัยคุ้มครองการเดินทางในประเทศส่วนบุคคล (CTI Domestic)

1. รายละเอียดส่วนตัวของผู้ขอเอาประกันภัย Details of The Applicant

ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อและที่อยู่
The Applicant: Name and Address.....
วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth..... เพศ Sex..... อายุ Age.....ปี Years สัญชาติ Nationality.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง ID Card No. or Passport No.
ผู้รับประโยชน์: ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary: Name and Address.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Insured.....
โทรศัพท์บ้าน Home Phone..... ที่ทำงาน Work Place..... มือถือ Phone.....
โรคประจำตัวของผู้ขอเอาประกันภัย (ถ้ามีโปรดระบุ) Congenital disease of The Applicant (If yes, please specify).....

2. รายละเอียดส่วนตัวของผู้ขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม (ถ้ามี) Details of The Additional Applicant (If any)

ผู้ขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม: ชื่อและที่อยู่
The Additional Applicant: Name and Address.....
วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth..... เพศ Sex..... อายุ Age.....ปี Years สัญชาติ Nationality.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง ID Card No. or Passport No.
ผู้รับประโยชน์: ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary: Name and Address.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Insured.....
โทรศัพท์บ้าน Home Phone..... ที่ทำงาน Work Place..... มือถือ Phone.....
โรคประจำตัวของผู้ขอเอาประกันภัย เพิ่มเติม (ถ้ามีโปรดระบุ) Congenital disease of The Additional Applicant (If yes, please specify)

ผู้ขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม: ชื่อและที่อยู่
The Additional Applicant: Name and Address.....
วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth..... เพศ Sex..... อายุ Age.....ปี Years สัญชาติ Nationality.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง ID Card No. or Passport No.
ผู้รับประโยชน์: ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary: Name and Address.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Insured.....
โทรศัพท์บ้าน Home Phone..... ที่ทำงาน Work Place..... มือถือ Phone.....
โรคประจำตัวของผู้ขอเอาประกันภัย เพิ่มเติม (ถ้ามีโปรดระบุ) Congenital disease of The Additional Applicant (If yes, please specify)

3. รายละเอียดการเดินทาง Details of Trip

ประเทศภูมิลำเนา Domicile..... เส้นทางการเดินทาง Destination.....
วัตถุประสงค์ในการเดินทาง Objective of journey
☐ ท่องเที่ยว ☐ ธุรกิจ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
Leisure Business Other (Please specify) (Can select more than 1 item)
พาหนะในการเดินทางไปโดย Transportation of Trip by..... กลับโดย Return Trip by.....
ประเภทการเดินทาง Type of Trip ☐ แบบเที่ยวเดียว One Way Trip ☐ แบบไป-กลับ Round Trip

4. รายละเอียดการประกันภัย Details of Insurance

ระยะเวลาที่ขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา.....น.
Period of Insurance From.....at.....hours To.....at.....hours
แผนประกันภัยที่เลือกซื้อ Plan ☐ Plan 1 ☐ Plan 2 ☐ Plan 3
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี Total Premium.....บาท Baht

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

The Applicant request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the Domestic Travel Insurance Policy. The Applicant declare and warrant that the above answers are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between the Applicant and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy according to the Civil Commercial Code Section 865.

The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

If the insured person does not allow the company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the company reserves the right not to pay such claims.

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| (_____) | (_____) | (_____) |
| ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย | ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม (ถ้ามี) | ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม (ถ้ามี) |
| The Applicant's Signature | The Additional Applicant's Signature (If any) | The Additional Applicant's Signature (If any) |

วันที่/Date _____ เดือน/Month _____ พ.ศ./Year _____

สำหรับเจ้าหน้าที่

| | | | |
|---|---|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง | <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย | <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย | ใบอนุญาตเลขที่..... |
| Direct | Agent | Broker | License No. |

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

WARNING: Office of Insurance Commission (OIC.)

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract according to the Civil Commercial Code Section 865.