



ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมกรมภ์ประกันภัย “ทราเวล สบาย”

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประชาชน.....เลขที่หนังสือเดินทาง.....
วัน/เดือน/ปี เกิด...../...../.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....
ที่อยู่ในประเทศไทย.....
อำเภอ.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์(บ้าน).....(บริษัท).....
(มือถือ).....อีเมล.....

หมายเหตุ : ถ้าคุณเลือกแผนประกันภัยสำหรับครอบครัว กรุณาแจ้งรายละเอียดของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มในเอกสารแนบ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ในกรณีฉุกเฉิน, กรุณาแจ้งชื่อแพทย์, คลินิกหรือโรงพยาบาล และบุคคลอื่นที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ (แพทย์ / คลินิก / โรงพยาบาล).....โทรศัพท์.....
ชื่อ (บุคคลที่ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน).....โทรศัพท์.....

รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ / นามสกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

หมายเหตุ : ถ้าต้องการมีผู้รับผลประโยชน์มากกว่า 1 คน สามารถแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารแนบ

รายละเอียดการเดินทาง/แผนความคุ้มครอง

ประเภทของแผนประกันภัย รายปี รายเที่ยว

(โปรดกรอกข้อมูลเส้นทางการเดินทางสำหรับ ครอบครัว บุคคล

แผนการเดินทางแบบรายเที่ยว)

แผนประกันภัยที่เลือก ☐ SABAI ☐ SABAI PLUS ☐ JAPAN ☐ SILVER ☐ GOLD ☐ PLATINUM

เส้นทางการเดินทาง.....

วันเดินทางออกจากประเทศไทย...../...../.....วัน / เดือน / ปี

วันเดินทางกลับถึงประเทศไทย...../...../.....วัน / เดือน / ปี

ระยะเวลาเอาประกันภัย.....วัน

หมายเหตุ : กรรมกรมภ์ฉบับนี้จะเริ่มต้นคุ้มครองตั้งแต่วันที่เดินทางออกจากประเทศไทยจนถึงวันเดินทางกลับถึงประเทศไทย

รายละเอียดผู้อยู่ในอุปการะ กรณีเลือกแผนประกันภัยสำหรับครอบครัว

คู่สมรส

ชื่อ / นามสกุล

อายุปี เลขที่หนังสือเดินทาง.....



ชื่อ / นามสกุล ผู้รับประโยชน์ความสัมพันธ์.....

บุตรคนที่ 1

ชื่อ / นามสกุล

อายุปี เลขที่หนังสือเดินทาง.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้รับประโยชน์ความสัมพันธ์.....

บุตรคนที่ 2

ชื่อ / นามสกุล

อายุปี เลขที่หนังสือเดินทาง.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้รับประโยชน์ความสัมพันธ์.....

คำยืนยัน

กรุณาอ่านรายละเอียดข้างล่างและลงลายมือชื่อและวันที่

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าอาศัยอยู่ในประเทศไทยและมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือความผิดปกติใด ๆ
- ข้าพเจ้ายอมรับว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้จะไม่คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากสภาพความผิดปกติทางการแพทย์ที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัด เก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

.....

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

...../...../.....

วัน / เดือน / ปี

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ☐ ขยายตรง.....ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือว่าเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบได้ตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865



TRAVEL SABAI PROPOSAL FORM

SECTION A : Details of the Proposer

Name (First / Middle Name).....Family Name.....
ID.No.....Passport No.....
Date of Birth (dd / mm / yy)...../...../.....Age.....
Occupation.....
Home Address in Thailand.....
City.....Postcode.....
Contact No. (House No.).....(Office No.).....
(Mobile No.).....E-mail Address.....

Note : If you choose family Plan, please provide details of the members on a separate piece of paper.

EMERGENCY CONTACT(S)

In case of emergency, please provide names of your doctor, clinic or hospital and any other person who can be contacted.

Name (doctor / clinic / hospital).....Contact No.
Name (emergency contact).....Contact No.

SECTION B: Details of Beneficiary

Name (First / Middle Name).....Family Name.....
Relationship with the Policy holder.....

Note : If you require more than one (1) beneficiary, please provide additional details on a separate piece of paper.

SECTION C: Travel Details / Choice of Plan

Type of Plan Annual Single Trip

(If you choose Single Trip, Please complete section Family Individual on Overseas Destination)

Insurance Plan Selection ☐ SABAI ☐ SABAI PLUS ☐ JAPAN ☐ SILVER ☐ GOLD ☐ PLATINUM

Travel Details

Overseas Destination (s).....
Date of Departure from Thailand...../...../..... (dd / mm / yy)
Date of Return to Thailand / Arrival...../...../.....(dd / mm / yy)
Total Number of Days Covered.....day (s)

Note : This Policy will commence from the date of departure from Thailand provided above up to the date of return to Thailand.

Details of Family Member Please provide the information in case you choose family plan.

Spouse

Name / Family Name
Age Passport No.
Beneficiary Name / Family Name.....Relationship.....

Child 1

Name / Family Name
Age Passport No.
Beneficiary Name / Family Name.....Relationship.....

Child 2

Name / Family Name
Age Passport No.
Beneficiary Name / Family Name.....Relationship.....

SECTION D: Declaration



Please read the declarations carefully and sign and date below

1. I declare I reside in Thailand and am in good health and free from any physical defects or infirmities
2. I also understand this insurance does not provide cover for any pre - existing medical conditions.
3. The applicant allows the company to collect, use and renewal 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.

.....
Proposer's Signature

...../...../.....
Date (dd / mm / yy)

☐ Agent ☐ Broker ☐ Direct..... License No.....

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 the Civil Commercial Code Section 865.