

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทาง
APPLICATION FOR TRAVEL ACCIDENT INSURANCE

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : The Policyholder
 ชื่อผู้เอาประกันภัย : Name of the Insured
 ที่อยู่ : Address
 อายุ : Age อาชีพ : Occupation โทร : Tel
2. ชื่อผู้รับประโยชน์ : Name of the Beneficiary
 ความสัมพันธ์ : Relationship to the Insured.....
 ที่อยู่ :Address
3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : วัน เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
 Period Insured :days From :athrs To:athrs
 จำนวนเงินเอาประกันภัย : ค่ารักษาพยาบาล :
 Sum Insured :Medical Expenses :
 เบี้ยประกันภัย : อากรแสตมป์ : ภาษี : รวม:
 Premium :Stamps :Vat :Total.....
4. เดินทางโดย : Travel by เที่ยวบินที่ :Flight No.....
 จุดหมายปลายทาง : Destination :.....
5. ท่านมีหรือได้ซื้อเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือ กับบริษัทอื่นหรือไม่
 What Life or Accident Insurance do you now carry or have you applied for?
 บริษัท Company จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured วันที่ออกกรมธรรม์ Date issued

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

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

และข้าพเจ้าทราบดีว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองสำหรับโรค(รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัยภายใน 24 เดือนก่อนวันที่ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้มีผลบังคับซึ่งบริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทนได้

I understand that this policy does not cover sickness, symptom or irregularity that happened to the Insured Person within 12 months before the period of insurance. The Company is entitled to refuse the claim

วันที่ ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 (Date) (The Application's Signature) ()

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ (Broker) ใบอนุญาตเลขที่ (License No.)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) : WARNING : Office of Insurance Commission

(OIC) ให้ผู้ขอเอาประกันภัย ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญา

ประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 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 and refuse the claims according the Civil

Commercial Code Section 865.

