



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ วี ทราเวล คอมเพรียฮensif Application For International Travel Insurance V-Travel Comprehensive

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว/ต.ญ./ค.ช.)
Name of the Insured (Mr./Mrs./Miss/Master)
☐ บัตรประจำตัวประชาชน (ID Card No.) ☐ หนังสือเดินทาง (Passport No.)
สัญชาติ (Nationality) วัน/เดือน/ปีเกิด (Date Of Birth) อายุ (Age) อาชีพ (Occupation)
ที่อยู่ (Address) เลขที่ (No.) หมู่ (Moo) หมู่บ้าน (Village) ถนน (Road)
แขวง/ตำบล (Sub-district) เขต/อำเภอ (District) จังหวัด (Province)
รหัสไปรษณีย์ (Zip Code) โทร (Tel.) อีเมล (E-mail) :

2. รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ (Name of the Beneficiary)

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/ต.ญ./ค.ช.)
Name of the Beneficiary (Mr./Mrs./Miss/Master)
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship to the Insured)
ที่อยู่ (Address)
โทร (Tel.) อีเมล (E-mail)

3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (Do you have congenital disease?)

☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes) โปรดระบุ (If your answer "Yes" please provides details.)

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Period of Insurance)

เริ่มต้นวันที่ (From)/...../..... สิ้นสุดวันที่ (To)/...../.....
☐ รายเที่ยว (Single Trip) รวม (Total) วัน (Days)
☐ รายปี (Annual Trip) ระยะเวลาเดินทางแต่ละครั้งสูงสุดไม่เกิน (Maximum period per trip) (Days) ☐ 90 วัน ☐ 120 วัน
ประเทศต้นทาง (Departure Country) ประเทศปลายทาง (Destination Country)
เที่ยวบินที่เดินทางไป (Depart by Flight No.) เวลา (At) น. (am/pm.)
วัตถุประสงค์ในการเดินทาง (Purpose of Trip) :

5. แผนความคุ้มครอง (Cover selected)

☐ แผน วี เซฟเวอร์ (V-Saver Plan) ☐ แผน วี สมาร์ท (V-Smart Plan) ☐ แผน วี ชิลด์ (V-Shield Plan) ☐ แผน วี ซัวร์ (V-Sure Plan)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้บริษัทออกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากนายแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำหรับการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and I understand that the Company, believing them to be such, will rely on them. I do hereby; appoint THE VIRIYAH INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED As the Attorney-in-fact to request a photocopy or any kinds of information of my health record or health conditions from any physician or health care provider or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

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

- ☐ การประกันภัยโดยตรง (Direct)
- ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent)
- ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker)

ใบอนุญาตเลขที่ (License No.)

ลงลายมือชื่อ (Signature) ผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant)
(.....)

วันที่ (Date)/...../.....

หมายเหตุ : ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยถูกต้องสมบูรณ์ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทเรียบร้อยแล้ว

Remark : The coverage will be enforces after the complete and correct application is approved by the company.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from the Office of Insurance Commission (OIC) The Applicant must truthfully answer all the above questions, any misrepresentation or omits to inform any relevant facts will result this insurance contract to be voidable according to section 865 of the Civil and Commercial Code. The Company shall have the right to void this insurance contract.

ข้าพเจ้าทราบดีว่าความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ มิได้ครอบคลุมถึงการเดินทางเพื่อไปรับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เดิมหรือต้องรักษาเพิ่ม หรือรักษาอาการที่เป็นมาแต่กำเนิด จึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

It is hereby declared that the journey is not being made for the purpose of obtaining any medical treatment for any existing, recurring or congenital medical conditions and that I understand that any such pre-existing conditions shall not be insured.

ลงลายมือชื่อ (Signature) ผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant)
(.....)

วันที่ (Date)/...../.....