



บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่  
71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400  
โทร. 02-6950800 แฟกซ์ 02-6950808  
THAIVIVAT INSURANCE PCL.  
71 Din Daeng Road, Samsen Nai, Phaya Thai, Bangkok 10400



คำขอเอาประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ พลัส  
Application for Global Travel Insurance Plus  
เพื่อประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัยกรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ พลัส สำหรับตัวข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างล่างนี้

I wish to apply for Insurance for myself as follows:

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัยตามหนังสือเดินทาง (Applicant's Name as shown in the passport)

คำนำหน้าชื่อ (Title)	ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ) Name - Surname (English)	วันเกิด (Date of Birth)	เลขที่บัตรประชาชน (ID No.)/ หนังสือเดินทาง (Passport No)	สัญชาติ (Nationality)
นาย (MR.) นาง (MRS.) นางสาว/เด็กหญิง (MISS) เด็กชาย (MASTER)				

ที่อยู่ปัจจุบัน (Address).....

โทรศัพท์ (Telephone No.) ..... Email Address .....

ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary's Name) .....ความสัมพันธ์ (Relationship) .....

2. ข้อมูลการเดินทาง (Itinerary)

จุดหมายปลายทาง (First/Main Destination) .....

วันที่เริ่มความคุ้มครอง (Effective Date) ...../...../..... วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง (Expiry Date) ...../...../.....

จำนวนวันเดินทาง (Length of Trip) ..... วัน (days) เที่ยวบินที่ (Flight No.) .....

3. เลือกแบบความคุ้มครองโดยทำเครื่องหมาย ✓ และระบุแผนคุ้มครอง (Mark ✓ for the selected Insurance Plan)

- 3.1 ☐ ทั่วโลก พลัส (Worldwide Plus) ☐ เอเชีย พลัส (Asia Plus)
- 3.2 ประเภทแผนประกัน (Chosen Plan) ☐ Basic ☐ Silver ☐ Gold ☐ Platinum
- 3.3 ☐ รายเที่ยว (Single Trip)
- ☐ รายปี (Annual Multi-Trip) ☐ 31วัน (Days) ☐ 60 วัน (Days) ☐ 90 วัน (Days) ☐ 120 วัน (Days) ☐ 365 วัน (Days)

เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร (Insurance Premium) ..... บาท (Baht)

4. ท่านมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือไม่ โปรดระบุ (Do you have Health Insurance?) ☐ ไม่มี (No) ☐ มี ,บริษัท (Yes, with-) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ดี และปราศจากการพิการใดๆ ทางร่างกาย

I declare that I am currently in good health and free from any physical defects or infirmity

ลายเซ็น (Signature) ..... วันที่ (Date) .....

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker) ☐ งานตรง (Direct)

ชื่อบริษัท (Company Name) .....

คำเตือน : ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้ ความคุ้มครองจะมีผลเมื่อบริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ตกลงรับประกันภัย ตามใบคำขอเอาประกันภัยนี้และนำส่งใบรับรองการประกันภัยให้กับผู้เอาประกันภัย

Remark: You must answer every question truthfully. Concealment or misstatement of facts by the Insured shall render the contract voidable, in which case the Company shall be entitled to nullify the contract pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code and may refuse to settle the claim. Coverage is not in force until Thaivivat Insurance Pcl. accepts this application. A certificate validating the coverage will be sent to the applicant.

ติดต่อ (Contact) : แผนกประกันภัยการเดินทาง (Travel Insurance Dept.) โทร (Tel.) : 02-6950800 ต่อ (Ext.) 2821 / 2921, แฟกซ์ (Fax) : 02-6446477, Email : ta\_sales@thaivivat.co.th