



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ บมจ. 136

อาคารกรุงเทพประกันภัย 302 ถนนสีลม กรุงเทพฯ 10500 ตู้ ป.ณ. 183 โทรเลขย่อ BANGINS เทเล็กซ์ 72230 BANGINS โทร 02-285-8888 โทรสาร 02-610-2100

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทาง APPLICATION FOR TRAVEL ACCIDENT INSURANCE

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย : Name of the Insured :			
ที่อยู่ : Address :			
อายุ : Age :		อาชีพ : Occupation :	
2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ : Name of the Beneficiary :		ความสัมพันธ์ : Relationship to the Insured :	
ที่อยู่ : Address :			
3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : Period Insured :		วันเต็ม เริ่มต้นวันที่ เวลา น. Full days From at hrs.	
จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured :		ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses :	
เบี้ยประกันภัย Premium :		ภาษี Tax :	
		อากร Stamps :	
		รวม Total :	
4. เดินทางโดย : Travel by :		เที่ยวบินที่ : Flight No.	
จุดหมายปลายทาง : Destination :			
5. ท่านมีหรือได้ออเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับ บริษัท หรือ กับบริษัทอื่นหรือไม่ What Life or Accident Insurance do you now carry or have you applied for ?			
บริษัท Company		จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured :	
		วันที่ออกกรมธรรม์ Date issued	

ข้าพเจ้าขอรับรอง ณ ที่นี้ว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ดี และปราศจากการพิการใด ๆ ทางร่างกาย
I hereby declare that I am now in good health and free from any physical defects or infirmity.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
Applicant's Signature