

ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์เดินทางไปต่างประเทศ (แบบพิเศษ)
“HAPPY Mile Travel” Application Form (Special Travel Abroad Insurance)

FM-APP-06-117



ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอลงทะเบียน เพื่อขอเอาประกันภัยเดินทางไปต่างประเทศกับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
I would like to apply for “HAPPY Mile Travel” with Muang Thai Insurance Public Company Limited

เลขที่ใบคำขอ/Proposal ID

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย/The Policy Holder (โปรดกรอกรายละเอียดทั้งไทยและอังกฤษ)	
<input type="checkbox"/> บุคคล/Individual	คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ____-____-____-____-____-____ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... อีเมล..... ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือ..... Title-Name-Surname..... ID Card No. ____-____-____-____-____-____ Address on ID Card..... e-Mail..... Current Address <input type="checkbox"/> Same as Address on ID Card or..... เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อาชีพ..... โทรศัพท์..... Gender Date of Birth Occupation Telephone
<input type="checkbox"/> นิติบุคคล/Corporate	ชื่อบริษัท..... เลขทะเบียนนิติบุคคล..... ที่อยู่..... อีเมล..... Company's Name..... Company Registration No. Address..... e-Mail..... ประเภทธุรกิจ..... โทรศัพท์..... Type of Business Telephone
2. ผู้เอาประกันภัย/Insured (โปรดกรอกรายละเอียดทั้งไทยและอังกฤษ)	
กรณีเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1. ไม่ต้องกรอกรอกเข้า/If same as Policy Holder No. 1, no need to fill	คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ____-____-____-____-____-____ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หรือ..... Title-Name-Surname..... ID Card No. ____-____-____-____-____-____ Address on ID Card..... Current Address <input type="checkbox"/> Same as Address on ID Card or..... เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อาชีพ..... โทรศัพท์..... Gender Date of Birth Occupation Telephone
3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่? Do you have Congenital Disease? <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ Yes, Please Specify	
4. ต้องการออกใบเสร็จรับเงินในนาม Issue a Receipt in the Name of <input type="checkbox"/> ผู้ถือกรมธรรม์ The Policy Holder <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย Insured	
5. ผู้รับประโยชน์/Beneficiary	
1. ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ____-____-____-____-____-____ Name-Surname ID Card No. ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์..... Relationship Telephone	
2. ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ____-____-____-____-____-____ Name-Surname ID Card No. ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์..... Relationship Telephone	
6. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง Objective of Journey <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว Travel <input type="checkbox"/> ธุรกิจ Business <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ Other, Please Specify เดินทางโดย Travel by <input type="checkbox"/> เครื่องบิน Airplane <input type="checkbox"/> รถโดยสารประจำทาง Bus <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ Other, Please Specify	
7. เส้นทางการเดินทาง Journey	
8. ระยะเวลาการเดินทาง Length of Journeyวัน Days เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา.....น. at hours Date of Arrival at hours	
9. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง/Type of Policy	
• คุ้มครองการเดินทางแบบ/Coverage Type <input type="checkbox"/> แบบรายปี/Annual Trip <input type="checkbox"/> แบบรายเที่ยว/Single Trip	
• แผน/Plan <input type="checkbox"/> Lite Plan <input type="checkbox"/> Smart Plan <input type="checkbox"/> Extra Plan	
• เขตประเทศที่เดินทาง/Zone <input type="checkbox"/> Worldwide/Schengen <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> AEC	
• แผนประกันภัย/Plan <input type="checkbox"/> เบี้ยประกันภัย/Premiumบาท/Baht	
อาณาเขตที่ยกเว้นความคุ้มครอง/Excluded Territories Afghanistan, Algeria, Angola, Azerbaijan, Burundi, Cuba, Eritrea, Ethiopia, Haiti, Iran, Iraq, Isarael, Lebanon, Liberia, Libya, North Korea, Pakistan, Palestine, Rwanda, Sudan, Syria, Uzbekistan	

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ
ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จ
หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ณ วันที่ขอเอาประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง
หรือได้รับบาดเจ็บ ไม่เป็นผู้ฉ้อโกง และไม่เคยใช้สารเสพติดให้โทษใดๆ

หมายเหตุ: ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

I request to obtain the Insuring Agreement according to the Terms and Conditions of the International Travel Insurance Policy. 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.

I hereby certify that, on the date I am writing the Proposal From, I am Healthy and do not have any Physical Deformity or Disability; do not have Underlying, Chronic or Dread
Disease, Injury, Metal Disorder and have never been addicted to any kinds of Drugs.

Remark: The Coverage will be enforced after the Complete and Correct Application is approved by the Company.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย The Applicant's Signature วันที่/Date	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม Legal Representative's Signature วันที่/Date	ชื่อผู้ส่งงาน รหัสผู้ส่งงาน..... วันที่/Date
---	---	--

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อ
มิฉะนั้น บริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
Reminder from the Office of Insurance Commission (OIC): Please answer all Questions truthfully otherwise the Company may have causes to deny Liability
under Policy per Section 865 of the Civil & Commercial Code