



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางในประเทศส่วนบุคคล Application For Individual Domestic Travel Insurance

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (Details of The Insured)

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Name of the Insured..... สัญชาติ: Nationality

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง : ID No./Passport No. ภูมิลำเนา: Domicile.....

วันเดือนปีเกิด (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 Address)

2. รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ (Details of The Beneficiary)

ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of the Beneficiary)..... ความสัมพันธ์ (Relationship)

ที่อยู่ผู้รับประโยชน์ (Address of the Beneficiary)..... โทร. (Tel.)

3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (Do you have congenital disease?)

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

4. รายละเอียดเกี่ยวกับการเดินทาง (Details of trip)

เส้นทางการเดินทาง (Journey).....

วัตถุประสงค์ในการเดินทาง (Objective of journey)

☐ ท่องเที่ยว (Travel/Leisure) ☐ ธุรกิจ (Business) ☐ ทักษะศึกษา/ศึกษาดูงาน (Visual Education)

☐ อื่นๆ โปรดระบุ (Other, please specify).....

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) (Can select more than 1 item)

เดินทางไปโดย (Travel Departure by)

☐ เครื่องบิน (Airplane) ☐ รถโดยสาร (Bus) ☐ รถไฟ (Train) ☐ รถส่วนตัว (Private Car)

อื่นๆ โปรดระบุ (Other, please specify).....

สายการบิน (Airline) เที่ยวบิน/เลขที่ตั๋ว (Flight/Ticket No.) เวลา (at) น. (hours)

เดินทางกลับโดย (Travel Departure by)

☐ เครื่องบิน (Airplane) ☐ รถโดยสาร (Bus) ☐ รถไฟ (Train) ☐ รถส่วนตัว (Private Car)

อื่นๆ โปรดระบุ (Other, please specify).....

สายการบิน (Airline) เที่ยวบิน/เลขที่ตั๋ว (Flight/Ticket No.) เวลา (at) น. (hours)

5. ระยะเวลาประกันภัย (Period of Insurance) ☐ รายปี (Annual Trip) ☐ รายเที่ยว (Single trip) รวม (Total).....วัน (Days)

เริ่มต้นวันที่ (From)/...../..... (DD/MM/YY) สิ้นสุดวันที่ (To)/...../..... (DD/MM/YY) เวลา (at) น. (hours)

6. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (Insurance Plan Selected)

แผน (Plan) เบี้ยประกันภัยรวม (Total Premium) บาท (Baht)

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

The Applicant request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the International Travel Sure Insurance Policy. The Applicant declare and warrant that the above answers are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between the Applicant and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy according the Civil Commercial Code Section 865.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิ ทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

If the insured person does not allow the company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the company reserves the right not to pay such claims.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

Which channel would the applicant prefer to receive the insurance policy?

☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้

E-policy as designated via email.

☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

Postal mail to the designated address.

ลงลายมือชื่อ (Signature) ผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant)

(.....)

วันที่ (Date)/...../.....

☐ การประกันภัยโดยตรง
Direct

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่
Broker License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

WARNING: Office of Insurance Commission (OIC.)

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 according the Civil Commercial Code Section 865.