



ใบคำขอลาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางเข้าในประเทศไทยเพื่อบุคคลทั่วไป

Application form Individual Inbound Travel Insurance Policy

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกัน : ชื่อและที่อยู่ The Applicant/Insured : Name and Address	เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/หนังสือเดินทาง : ID No./Alien certificate/Passport No. วัน/เดือน/ปี เกิด : Date of birth สัญชาติ : Nationality
--	--

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย ที่ประสงค์จะเอาประกันภัย

2. รับประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant
--	---

3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุ _____
Do you have any existing disease? No Yes If your answer "Yes" please provides details.

4. ประเทศภูมิลำเนา/ประเทศที่เริ่มเดินทาง : Domicile/Country of departure	เส้นทางทางการเดินทาง : ประเทศไทย Journey Thailand
---	--

ท่านมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 30 วันก่อนกรมธรรม์มีผลบังคับหรือไม่ : ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุ _____
Have you travelled to other country in the past 30 days prior to the policy effective date? No Yes If your answer "Yes" please provides details.

5. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง : ท่องเที่ยว ธุรกิจ เรียนระยะสั้น อื่นๆ โปรดระบุ _____ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
Objective of journey Leisure Business Short Study Courses Other (Can select more than 1 item)

ท่านเดินทางมาเพื่อรับการรักษาในประเทศไทยหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุ _____
Are you travelling to Thailand to seek medical treatment? No Yes If your answer "Yes" please provides details.

คุ้มครองการเดินทางแบบ : **เดินทางโดย**

รายเที่ยว Single trip เครื่องบิน (Airplane)
 รถโดยสารประจำทาง (Bus)
 อื่นๆ โปรดระบุ Other (Please specify)

6. ระยะเวลาประกันภัย: _____ วัน เริ่มต้นวันที่ _____ สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น.
Period of Insurance _____ days From _____ To _____ at _____ hours

7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____
Type of Policy : Plan

เบี้ยประกันภัยสุทธิ _____ บาท	อากรแสตมป์ _____ บาท
Net Premium (Baht)	Stamps (Baht)
ภาษี _____ บาท	เบี้ยประกันภัยรวม _____ บาท
Tax (Baht)	Total Premium (Baht)



ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท บอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

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.

The Applicant request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of this Inbound Travel 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 Insurance Policy becomes voidable. The Company is entitled to void the Insurance Policy according to the Civil Commercial Code Section 865.

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.

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

วันที่ ____ / ____ / ____
Date ____ / ____ / ____

(_____)
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / The Applicant's Signature

การประกันภัยโดยตรง
Direct

ตัวแทนประกันภัยวินาศภัย
Agent

นายหน้าประกันภัยวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____
Broker License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ 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 to the Civil Commercial Code Section 865.