

ใบคำขอเอาประกันภัย / Application

ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ถือกรมธรรม์
Name of Applicant / Policyholder

ที่อยู่: เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ชั้น..... ซอย..... ถนน.....
Address: No. Moo Village/Building Floor Soi Road

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
Sub-District District Province Postcode

หมายเลขบัตรประชาชน / หมายเลขพาสปอร์ต..... วัน / เดือน / ปีเกิด (ค.ศ.).....
ID Card No. / Passport No. Date of Birth (A.D.)

โทรศัพท์ (ที่บ้าน)..... มือถือ..... อีเมล.....
Phone No.(Residence) (Mobile) E-mail

ระยะเวลาเอาประกันภัยจำนวน..... วัน เริ่มต้นวันที่..... สิ้นสุดวันที่.....
Duration up to Days Effective Date Expiry Date

เดินทางจาก..... จุดหมายปลายทาง.....
Travel from Destination

วัตถุประสงค์ในการเดินทาง..... จำนวนผู้เอาประกันภัย..... เบี้ยประกัน(สุทธิ).....
Purpose of Trip Number of Applicant Premium (net)

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ..... ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์.....
Contact Person Relationship Phone No.

โปรดระบุแผนและทุนประกันโดยทำเครื่องหมาย Please select plan and Sum Insured by a tick

แผน A / Plan A

ผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย / Benefits & Premium	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/> A5	<input type="checkbox"/> A6	<input type="checkbox"/> A7
1. การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล / Personal Accident	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	700,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ / Accident Medical Expense	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
เบี้ยประกันภัยต่อวัน / Premium per Person per Day	10	14	20	25	31	42	59

แผน B / Plan B

ผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย / Benefits & Premium	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> B4	<input type="checkbox"/> B5	<input type="checkbox"/> B6	<input type="checkbox"/> B7
1. การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล / Personal Accident	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	700,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ / Accident Medical Expense	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน / Accident Evacuation	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
เบี้ยประกันภัยต่อวัน / Premium per Person per Day	13	17	23	28	34	45	62

หมายเหตุ : เบี้ยประกันภัยข้างต้นยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (7%) และอากร (0.4%) The above premium are exclusive Vat (7%) & Stamp Duty (0.4%)
เบี้ยประกันภัยขั้นต่ำ ต่อ 1 กรมธรรม์ 260 บาท (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% และอากร 0.4%)

สำหรับกรมธรรม์กลุ่มกรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง / For group policy, please fill in information belows

<p>1. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)</p> <p>ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน National ID ID Type <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID เลขที่บัตร <input type="checkbox"/> พาสปอร์ต Passport</p>	<p>2. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)</p> <p>ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน National ID ID Type <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID เลขที่บัตร <input type="checkbox"/> พาสปอร์ต Passport</p>
<p>3. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)</p> <p>ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน National ID ID Type <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID เลขที่บัตร <input type="checkbox"/> พาสปอร์ต Passport</p>	<p>4. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)</p> <p>ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน National ID ID Type <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID เลขที่บัตร <input type="checkbox"/> พาสปอร์ต Passport</p>

5. คำนำนนำชื่อ ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
 Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง บัตรประจำตัวประชาชน National ID
 ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID
 เลขที่บัตร พาสปอร์ต Passport
 ID Number

7. คำนำนนำชื่อ ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
 Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง บัตรประจำตัวประชาชน National ID
 ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID
 เลขที่บัตร พาสปอร์ต Passport
 ID Number

9. คำนำนนำชื่อ ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
 Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง บัตรประจำตัวประชาชน National ID
 ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID
 เลขที่บัตร พาสปอร์ต Passport
 ID Number

6. คำนำนนำชื่อ ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
 Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง บัตรประจำตัวประชาชน National ID
 ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID
 เลขที่บัตร พาสปอร์ต Passport
 ID Number

8. คำนำนนำชื่อ ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
 Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง บัตรประจำตัวประชาชน National ID
 ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID
 เลขที่บัตร พาสปอร์ต Passport
 ID Number

ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ / Written by

ลายมือชื่อผู้เอาประกัน / Applicant's Signature

วัน/เดือน/ปี / Date

ข้อตกลงและเงื่อนไข

1. ผู้เอาประกันภัยมีเจตนาโดยชัดแจ้งว่าซื้อกรมธรรม์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาทางการแพทย์
2. ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และพิการ
3. ผู้เอาประกันภัยต้องแจ้งและตกลงยินยอมว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ใช้ได้มีผลตั้งแต่วันที่ออกใบรับประกัน หรือ บริษัท ชาร์ทิส ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด ได้อนุมัติและออกกรมธรรม์ประกันภัยให้แล้ว
4. ผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนด เงื่อนไขและข้อยกเว้นต่างๆที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยทุกประการ
5. ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก) เจ้าหน้าที่ของบริษัประกันภัย หรือ อีเจนต์ที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับทางบริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวรันส์ หรือ บริษัท ชาร์ทิส ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย
6. ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมว่าหากเป็นมาที่กรมเอาประกันภัยจะไม่ถูกคุ้มครอง

เอกสารนี้เป็นสัญญาประกันภัย และถือเป็นสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความ เงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อไว้

Terms & Conditions

1. The Proposed Insured(s) is/are not traveling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment
2. The Proposed Insured(s) is/are in good health, free from all physical impairment and deformity
3. The Proposed Insured(s) understand(s) and agree(s) that no insurance is in force until the application is accepted by New Hampshire Insurance Company, Thailand ("NHI") or Chartis Insurance (Thailand) Company Limited and a Policy is issued pursuant thereto. However, all warranties, declarations and disclosures contained in the application shall form the basis of the contract of insurance with NHI or CHARTIS
4. The Proposed Insured(s) is/are aware of and agree(s) to abide by the Policy's terms, conditions and exclusions, which are set out in the Policy
5. The Proposed Insured(s) agree(s) and authorize(s) any medical source (including hospitals and clinics), insurance officer or any other organization to release to NHI or CHARTIS at any time any information concerning the Proposed Insured(s) if required
6. The Proposed Insured(s) agree(s) that pre-existing medical conditions are not covered by the insurance

The brochure is not a contract of insurance, all benefits and sum insured are subject to the policy terms, conditions and exclusion and to the limits indicated under the selected plan.

สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff Only

ตัวแทน / Agent นายหน้าประกันภัย / Broker บริษัทนำเที่ยว / Travel Agent

ชื่อ / Nameใบอนุญาตเลขที่รหัสตัวแทน
 License No. Producer Code

อีเมล / E-mailโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) (มือถือ)
 Telephone No. (Office) 0 8

คำเตือนของกรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย กระทรวงการคลัง: ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามบนเอกสารแนบตามความเป็นจริงทุกข้อ การไม่ตอบอย่างซื่อสัตย์ อาจเป็นเหตุให้บริษัทฯ ผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
 Reminder of Office of Insurance Commission, Ministry of Finance: Give answer to question above truthfully, otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial code.
 ประเทศที่ไม่คุ้มครอง / Exclusion Country: Afghanistan, The Democratic Republic of The Congo, Cuba, Iran (Islamic Republic of Iran), Iraq, Liberia, Sudan, Arab Republic Syria.
 ภายหลังจากที่กรมธรรม์มีผลคุ้มครอง การประกันภัยฉบับนี้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ และบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่คืนเบี้ยประกันภัย