

# ใบคำขอเอาประกันภัย / Application Form

## ประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ / Travel Guard International

ชื่อผู้ขอเอาประกัน (ภาษาอังกฤษ) Mr./ Mrs./ Ms. \_\_\_\_\_  
 Insured Person

ที่อยู่: เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_ 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 (ร.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ID Card No. / Passport No. Date of Birth (A.D.)

โทรศัพท์ (ที่บ้าน) \_\_\_\_\_ (มือถือ) \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
 Telephone No. (Residence) (Mobile) E-mail

ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ หรือหากไม่ระบุไว้แก่ทายาทโดยธรรม (Insured's Estate)  
 Name of Beneficiary Relationship or

โปรดระบุเครื่องหมาย  หน้าแผนคุ้มครองที่ท่านเลือก / Insurance Plan selected (Please indicate by check )

รายปี / ANNUAL  Plan A  Plan B  Plan C

รายเที่ยว / SHORT TERM:  ASIA  Plan A  Plan B  Plan C  Plan D  
 WORLDWIDE  Plan A  Plan B  Plan C  Plan D

ระยะเวลาเอาประกันภัยจำนวน \_\_\_\_\_ วัน เริ่มต้นวันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ สิ้นสุดวันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Duration up to Days Effective Date Expiry Date

เที่ยวบิน \_\_\_\_\_  
 Flight

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
 Contact Person Relationship Telephone No.

จุดหมายปลายทาง (ประเทศ) \_\_\_\_\_ เบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_ บาท  
 Destination (Country) Premium Baht

### สำหรับกรณสมรรมักกลุ่มกรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง / For group policy, please fill in information belows

1. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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
2. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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
3. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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
4. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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
5. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด(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

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย  
 Insured Signature

วันที่  
 Date  /  /

ข้อควรระวังและเงื่อนไข

1. ผู้เอาประกันภัยไม่ได้เดินทางโดยมีคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาทางการแพทย์
2. ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย และพิการ
3. ผู้เอาประกันภัยเข้าใจและตกลงยินยอมว่ากรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ออกบริษัท โอเวนพีเอช อีเอสวีเอส หรือ บริษัท ชาร์ติส ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด ได้อนุมัติและออกกรมธรรม์ประกันภัยให้แล้ว  
 ยินยอมต่างๆที่คุ้มครองไว้ไม่ในสิทธิ์นี้-คือเป็นสัญญาขั้นพื้นฐานในการขอทำประกันภัยกับทางบริษัท โอเวนพีเอช อีเอสวีเอส หรือ บริษัท ชาร์ติส ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด
4. ผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนด เงื่อนไขและข้อกำหนดต่างๆที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยทุกประการ
5. ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก) เจ้าหน้าที่ยอมรับประกันภัย หรือ อสังการที่เกี่ยวข้องขอเปิดแฟ้มข้อมูลให้ทางบริษัท โอเวนพีเอช อีเอสวีเอส หรือ บริษัท ชาร์ติส ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เอาประกันภัย
6. ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมว่าสถานที่เป็นภาคีกรมการประกันภัยจะไม่ถูกคุ้มครอง

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย และไม่ถือเป็นสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ขึ้นอยู่กับค่าจำกัดความ เงื่อนไข และข้อกำหนดที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย 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 / Name นายวิชาญ จันทร์สีสอน ใบอนุญาตเลขที่ / License No. 4602002446

รหัสตัวแทน (Producer Code) 0 0 0 2 2 1 8 3 0 0

อีเมล / E-mail wicharn@pd-wealth.com

โทรศัพท์ (สำนักงาน) / Telephone No. (Office) FAX 0 26 3 7 6 65 2

(มือถือ) / (Mobile) 0 8 1 4 2 0 3 2 2 2

คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย กระทรวงการคลัง / Reminder of Office of Insurance Commission, Ministry of Finance :

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามกฎหมายประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 / Give answer to questions above truthfully, otherwise the company may have caused to deny liability under policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial code.

- หมายเหตุ / Remark :
- กรุณาส่งเอกสารการโอนสำเนียบประกันภัยมายังบริษัทก่อนเดินทางอย่างน้อย 1 วัน / Please submit Pay-In Slip to the company at least 1 day before departure date;
  - อีเมล / E-mail: callcenter.th@chartisinsurance.com หรือ / or แฟกซ์หมายเลข / Fax No. 0 2649 1998