

To Apply Schengen Visa And Worldwide Travel Insurance

ใช้ประกอบการยื่นวีซ่าเข้าประเทศยุโรปและแผนคุ้มครองการเดินทางทั่วโลก

Choose The Plan That's Right For You เลือกแผนความคุ้มครองที่เหมาะสมกับตัวท่าน		PPG Deluxe –A Plan แผน เอฟ พี จี ดีลักซ์-เอ	FPG Deluxe-B Plan แผน เอฟ พี จี ดีลักซ์-บี	FPG Deluxe-C Plan แผน เอฟ พี จี ดีลักซ์-ซี
Accidental Death การสูญเสียชีวิต อวัยวะ เสียชีวิต และทุพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ		2,000,000	1,000,000	500,000
Medical Expense ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย		2,000,000	1,500,000	1,500,000
Hospital Confinement (per week) เงินชดเชยในระหว่างการรักษาพยาบาล / สัปดาห์		3,000	3,000	2,000
Medical Evacuation (SOS) การเคลื่อนย้าย/การช่วยเหลือทางการแพทย์ (โดย เอส โอ เอส)		3,000,000	3,000,000	3,000,000
Return of Mortal Remains การส่งศพหรือกระดูก		175,000	175,000	175,000
To Determinate Your Cost กำหนดเบี้ยประกันภัยด้วยตัวท่านเอง	Length of Trip ระยะเวลาเดินทาง	FPG Deluxe–A Premium เบี้ยเอฟพีจีดีลักซ์-เอ	FPG Deluxe-B Premium เบี้ยเอฟพีจีดีลักซ์-บี	FPG Deluxe–C Premium เบี้ยเอฟพีจีดีลักซ์-ซี
Count all days including the day You leave & the day you return. Time 00.01 hrs. To 24.00 Hrs. Age 1-70 years การนับจำนวนวันจากเดินทางไป ถึงวันเดินทางกลับ โดยใช้เวลา 00.01 ถึง 24.00 น. อายุ 1-70 ปี	1 to 4 days	370	280	240
	5 to 6 days	580	400	330
	7 to 8 days	720	500	440
	9 to 10 days	855	550	500
	11 to 14 days	1,010	670	600
	15 to 21 days	1,245	780	700
	22 to 31 days	1,555	970	890
	32 to 60 days	4,400	3,360	3,000
	61 to 90 days	5,660	4,320	3,500
Annual Premium (1-70Years)	365 Days /Trip	15,700	12,000	11,700
Annual Premium (up to 90 days/trip)	Max.90Days/ Trip	5,660	4,320	3,500

ผู้ขอเอาประกันภัย (สะกดชื่อภาษาอังกฤษ)/Applicant _____ Age/อายุ _____ Passport No _____

Tel/โทร _____ Beneficiary/ผู้รับผลประโยชน์: _____ Relationship/ความสัมพันธ์ _____

Address/ที่อยู่ _____

Destination/จุดหมายปลายทาง _____ Length of Trip/ระยะเวลาเดินทาง _____ day(s) Premium/เบี้ยประกันภัย _____ Baht/บาท

Effective Date/วันที่เริ่มความคุ้มครอง _____ / _____ / _____ (00.01) Expiry Date/วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง _____ / _____ / _____ (24.00)

 Select and tick the plan/ แผนประกันภัยที่เลือก Chubb Deluxe-A Plan Chubb Deluxe-B Plan Chubb Deluxe-C Plan

Applicant's Signature / ลงมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

Date /วันที่

 Travel Agent / บริษัทนำเที่ยว

 Agent / ตัวแทน

 Broker / นายหน้าประกันภัย

Name / ชื่อ _____ Tel / โทร _____ E-mail / อีเมล _____