

ใบตอบรับการทำประกันอุบัติเหตุสำหรับนักท่องเที่ยว

Confirmation Form for Travel Accident Insurance

ในนาม บริษัท

Company Name

ที่อยู่

Address

โทรศัพท์

Telephone

โทรสาร

Fax

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะทำประกันอุบัติเหตุสำหรับผู้เดินทาง กับบริษัท ชับบ์ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

I would like to apply for Travel Accident Insurance for Traveller with Chubb Insurance (Thailand) Public Company Limited as the following details :

ทุนประกันภัย บาท

Sum Insured (Baht)

ค่ารักษาพยาบาล บาท

Medical Expenses (Baht)

จำนวนสมาชิกขั้นต่ำ ต่อปี คน

Minimum Traveller per year

เบี้ยประกันภัย / วัน / คน บาท (ยังไม่รวมอากร 0.4%)

Premium / day / person (Baht) subject to stamp duty 0.4%

โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ เวลา 12.00 น. ถึงวันที่ เวลา 12.00 น.

Effective From

12.00 P.M.

To

12.00 P.M

ลงชื่อ

Name

วันที่

Date

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนแล้วส่งกลับมายังบริษัทฯ