

แผนประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศก์ (TAG) ปี 2560

Travel Accident Insurance for the Tourists Application Form

ข้าพเจ้าในนาม บริษัท / ห้างหุ้นส่วน.....
 เลขทะเบียน 13 หลักที่อยู่ (ตามใบจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม).....

โทรศัพท์.....ต่อ.....โทรสาร.....อีเมล์.....

สถานที่ทำการ*.....

ที่อยู่สำนักงานใหญ่*.....

* (กรณีนิติบุคคลต่างชาติให้ระบุรายละเอียดทั้งสถานที่ทำการและที่ตั้งสำนักงานใหญ่)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของบริษัท/ห้างหุ้นส่วน ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....ได้รับอนุญาตให้ประกอบธุรกิจนำเที่ยวจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย

ตามใบอนุญาตประกอบการ เลขที่.....มีความประสงค์จะขอทำประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับนักท่องเที่ยวและคณะ

เจ้าหน้าที่ของบริษัท จำนวน.....คนต่อปี ตามโปรแกรมการเดินทางของบริษัท/ห้างหุ้นส่วน

โดยมีกำหนดระยะเวลา 1 ปี ตามแบบความคุ้มครองและอัตราเบี้ยประกันภัย ดังนี้

ความคุ้มครองต่อการเดินทางแต่ละครั้ง

รายละเอียดความคุ้มครอง	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบต่อคน (บาท)						
	แผน 1 (พิเศษไม่มี ลูกทัวร์)	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7
การเสียชีวิต ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง สูญเสียอวัยวะ (มือ เท้า) สาขตา จากอุบัติเหตุ	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
ค่ารักษาพยาบาล จากอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
จำนวนผู้เอาประกันภัยขั้นต่ำต่อกรมธรรม์	30 คน	100 คน	200 คน	300 คน	400 คน	500 คน	1,000 คนขึ้นไป
เบี้ยประกันภัยต่อคนรวมภาษีอากร (บาท)	40	30	30	30	30	30	28
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากรต่อปี (บาท)	1,200	3,000	6,000	9,000	12,000	15,000	28,000
จำนวนเงินจำกัดความรับผิดชอบ สูงสุดไม่เกิน 70,000,000.- บาทต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / หรือต่อเที่ยวการเดินทาง							
หมายเหตุ หากมีจำนวนผู้เอาประกันภัยมากกว่าแผนข้างต้น กรุณาติดต่อบริษัท ฯ โดยตรงเพื่อพิจารณาให้ส่วนลดพิเศษ							

โปรดอ่านสาระสำคัญข้อ 10 เบี้ยประกันภัยดังกล่าวไม่รวมความคุ้มครองกีฬาอันตรายต่าง ๆ

กรณีต้องการความคุ้มครองเพิ่มเติมกรุณาติดต่อบริษัท

ข้อตกลงคุ้มครอง

การประกันภัยนี้ให้ความคุ้มครองความสูญเสียหรือความบาดเจ็บของผู้เอาประกันภัย โดยอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างระยะเวลาการเดินทางและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

ข้อ 1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัย ต้องรักษาตัวติดต่อกันในฐานะคนไข้ใน ในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้

1.1 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต

1.2 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือนนับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคล ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1.3 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง

1.4 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า

1.5 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาหนึ่งข้าง

1.6 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาหนึ่งข้าง

1.7 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ

1.8 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า

1.9 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาหนึ่งข้าง

การสูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิง หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้ หมายความว่ารวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป

การสูญเสียสายตา หมายความว่า ตาบอดสนิท และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป บริษัทจะจ่ายค่าทดแทน ตามข้อนี้ เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น

ข้อ 2. การรักษาพยาบาล

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพตามกฎหมาย หรือต้องได้รับการพยาบาล โดยพยาบาลที่มีใบอนุญาต บริษัทจะชดเชย ค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัย ได้จ่ายไปจริงซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ สำหรับค่ารักษาพยาบาล ค่าการพยาบาลแต่ไม่รวม ถึงการจ้าง พยาบาลพิเศษ ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินที่บริษัทต้องรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตาราง แต่หากผู้เอาประกันภัย ได้รับการ ชาติจากสวัสดิการของรัฐหรือสวัสดิการอื่นใดหรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัทจะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษา พยาบาลและค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น

ข้อยกเว้นทั่วไป การเดินทางไปยังประเทศที่ไม่คุ้มครอง ได้แก่ Canada, United States of America , Afghanistan, The Democratic Republic The Congo, Cuba, Iran, Iraq, Liberia, Sudan, Arab Republic Syria รวมถึงประเทศที่ถูกต้องห้าม โดย EU, United Kingdom , United States of America (Sanction Limitation and Exclusions)

สาระสำคัญ

1. ผู้เอาประกันภัยจะต้องเข้าทำการรักษาพยาบาลในทันทีหรือไม่เกิน 24 ชั่วโมง จากเวลาเกิดเหตุ
2. ต้องแจ้งรายชื่อผู้เอาประกัน (นักท่องเที่ยว) ให้บริษัท ฯ ทราบทุกครั้งก่อนการเดินทาง อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
3. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยจะต้องแจ้งรายละเอียดทุกการเดินทางที่จัด เช่น รายชื่อนักท่องเที่ยวที่เดินทาง , สถานที่ , จำนวนวันเดินทาง
4. กำหนดอายุผู้เอาประกันภัย ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป แต่ผู้เอาประกันภัยที่มีอายุระหว่าง 1 เดือน - 15 ปี และมากกว่า 75 ปีขึ้นไปจะได้รับความคุ้มครองเพียง 50 % ของผลประโยชน์ค่าทดแทน
5. คุ้มครองการเดินทางท่องเที่ยวภายในประเทศไทยและการเดินทางท่องเที่ยวไปต่างประเทศ
6. คุ้มครองสูงสุด 30 วันต่อการเดินทางแต่ละครั้ง
7. ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้รับผลประโยชน์ของบุคคลที่เอาประกันภัย คือ ทายาทตามกฎหมาย
8. เบี้ยประกันภัยขั้นต่ำต่อกรมธรรม์ จะเรียกเก็บทันทีที่ออกกรมธรรม์ หากจำนวนผู้เอาประกันภัยที่ท่านแจ้งให้บริษัทฯทราบมีจำนวนเกิน ผู้เอาประกันภัยขั้นต่ำ บริษัทฯ จะทำการเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม , หากจำนวนผู้เอาประกันภัยที่ท่านแจ้งให้บริษัทฯ ทราบมีจำนวนต่ำกว่า จำนวนผู้เอาประกันภัยขั้นต่ำ เบี้ยประกันภัยจึงไม่สามารถเรียกคืนได้ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น
9. บริษัทไม่สามารถขยายความคุ้มครองหากมีการแจ้งเอาประกันภัยเพื่อไว้โดยไม่แจ้งชื่อผู้เอาประกันภัยให้บริษัททราบ
10. การประกันภัยนี้ **ไม่คุ้มครอง** การบาดเจ็บขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์, ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์, ขณะที่แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โดครัม (เว้นแต่การโดครัมเพื่อรักษาชีวิต) , ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ปีนหรือไต่เขา , ขณะที่ผู้เอาประกันภัยค้ำน้ำหนักที่ต้องใช้ถึงอากาศและเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ **รวมถึงการดำน้ำตื้น (สแน็ลเกิ้ลิ่ง)** , ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท , ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม , ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้ามาหรือพำนักอยู่ในราชอาณาจักรไทยโดยผิดกฎหมาย

ข้าพเจ้า ในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท ฯ

ประทับตรา
บริษัท / ห้างหุ้นส่วน

ลงชื่อ.....
()
กรรมการ / ผู้มีอำนาจลงนามแทน
วันที่

ชื่อตัวแทนผู้ส่งงาน.....รหัสตัวแทน.....เบอร์โทร.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (ค.ป.ภ.)

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอให้ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัท ฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

เอกสารประกอบการแจ้งทำประกันภัย

1. กรอกใบคำขอ เลือกแผน เบี้ยประกัน.....บาท/คน
2. แบบใบอนุญาตประกอบธุรกิจนำเที่ยว (ปีปัจจุบัน)
3. แบบหนังสือรับรองบริษัท , แบบสำเนาบัตรประชาชน
4. แจ้งวันคุ้มครอง วันที่ เดือน พ.ศ.
5. รหัสตัวแทน เบอร์โทร