

Travel Guard® Domestic

ใบคำขอเอาประกันภัย
การเดินทางในประเทศ

Travel Insurance Application



Travel Guard® ช่วยคุณได้อย่างไร

- ราคาเบาๆ เริ่มต้น 10 บาท/วัน (Value for money)
- คุ้มครองทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Inpatient-Outpatient)

ทำไมควรให้ เอไอจี ดูแลคุณ

- ศูนย์บริการช่วยเหลือฉุกเฉินเครือข่ายทั่วโลก 24 ชม. (Global Emergency Assistant Center)
- ดูแลด้วยภาษาไทยและอีก 28 ภาษา (Service in Thai and 28 different languages)
- ซื้อง่าย ได้กรมธรรม์เร็ว ตลอด 24 ชม. (Online purchase 24/7)



บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์นส์

ชั้น 21-23 อาคารสยามพวรวรณัฒนาเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ และสอบถามการพิจารณาสินไหมทดแทน: 0 2649 1999

โทรสาร: 0 2649 1998

แนะนำติชมการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน: 0 2649 1596

4. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)
Name (Mr./Mrs./Ms.)

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
Date of Birth (A.D)

หมายเลขบัตรประชาชน
ID Card No.

5. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)
Name (Mr./Mrs./Ms.)

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
Date of Birth (A.D)

หมายเลขบัตรประชาชน
ID Card No.

6. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)
Name (Mr./Mrs./Ms.)

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
Date of Birth (A.D)

หมายเลขบัตรประชาชน
ID Card No.

7. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)
Name (Mr./Mrs./Ms.)

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
Date of Birth (A.D)

หมายเลขบัตรประชาชน
ID Card No.

8. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)
Name (Mr./Mrs./Ms.)

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
Date of Birth (A.D)

หมายเลขบัตรประชาชน
ID Card No.

9. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)
Name (Mr./Mrs./Ms.)

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
Date of Birth (A.D)

หมายเลขบัตรประชาชน
ID Card No.

10.ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)
Name (Mr./Mrs./Ms.)

วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)
Date of Birth (A.D)

หมายเลขบัตรประชาชน
ID Card No.

ข้อตกลงและเงื่อนไข

- ผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เดินทางโดยขัดคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
- ผู้ขอเอาประกันภัยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือพิการ
- ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนด เงื่อนไขและข้อยกเว้นต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยทุกประการ
- ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก) เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย หรือ องค์กรที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับทางบริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวรันส์ เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เอาประกันภัย
- ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมว่าสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครอง
- ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจและตกลงยินยอมว่ากรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับใช้ได้เมื่อทางบริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวรันส์ (“บริษัทฯ”) ได้ตอบรับและออกกรมธรรม์ประกันภัยให้แล้ว ข้อมูลต่างๆที่ได้ระบุแจ้งไว้ในใบสมัครนี้จะถือเป็นสัญญาขั้นพื้นฐานในการขอทำประกันภัยกับทางบริษัทฯ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมให้บริษัทฯ รวมถึงบริษัทในเครือและผู้รับโอนสิทธิและ/หรือหน้าที่จากบุคคลดังกล่าวเปิดเผยหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ให้ไว้นี้ เพื่อประโยชน์ในการเสนอบริการหรือผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัย หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดที่ไม่ต้องห้ามตามกฎหมาย ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ใช้หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ และ/หรือที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ ที่ให้ไว้ใน การเสนอบริการหรือ ผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ และ/หรือคู่ค้าของบริษัทฯ และ รับทราบและตกลงว่าบริษัทฯ อาจมอบหมายให้บุคคลอื่นทำการติดต่อกับข้าพเจ้าเพื่อการต่างๆ ดังกล่าว และตกลงจะไม่เพิกถอนความยินยอมนี้หรือเรียกร้องค่าตอบแทนหรือค่าเสียหายใดๆ ไม่ว่ากรณีใดจากบริษัทฯ หรือผู้ทำการแทนที่ได้รับโอนสิทธิและหน้าที่ของบริษัทฯ ด้วย
- ผู้เอาประกันสามารถขอประกันภัยนี้ได้เพียง 1 กรมธรรม์ในเวลาเดียวกัน

เอกสารนี้มีไว้สำหรับสัญญาประกันภัย และไม่ถือเป็นสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความ เงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อไว้
กรุณาอ่านและทำความเข้าใจข้อตกลง เงื่อนไขและข้อยกเว้นในกรมธรรม์ประกันภัยจาก www.travelguard.in.th ก่อนตัดสินใจซื้อ

Terms & Conditions

- The Proposed Insured(s) is/are not traveling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment
- The Proposed Insured(s) is/are in good health, free from all physical impairment and deformity
- 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
- 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 New Hampshire Insurance Company (“NHI”) at any time any information concerning the Proposed Insured(s) if required
- The Proposed Insured(s) agree(s) that pre-existing medical conditions are not covered by the insurance
- 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 (“NHI”) (collectively “Company”) 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 the Company. The Proposed Insured(s) agree(s) and authorize(s) that the Company including its affiliates and assignees may reveal or exchange the information given hereto in order to offer services or products that is considered beneficial to the Proposed Insured(s) or for any other matter not prohibited by law. The Proposed Insured(s) agree(s) that the Company may use its telephone number, mobile phone number and/or email address given herewith in order to offer other services or products of the Company or its business partners and acknowledge that the Company may assign any third party to contact the Proposed Insured(s) for such purpose. The Proposed Insured(s) also agree(s) that it will not revoke this consent or ask for any compensation from the Company or the assignee.
- The Proposed Insured(s) can hold the Travel Insurance only 1 policy per trip.

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.
Please be sure to read and understand the policy terms, conditions and exclusions on www.travelguard.in.th prior to making a decision.

เลือกรับข่าวสารอื่นๆ Preferred Occupancy

กรุณาเลือก
Please select

☐ ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล
Personal Accident Insurance

☐ ประกันภัยการเดินทาง
Travel Insurance

☐ ประกันภัยรถยนต์และประกันภัย พ.ร.บ.รถยนต์
Automobile Insurance

☐ ประกันภัยอุบัติเหตุแบบกลุ่ม
Group Personal Accident Insurance

☐ ประกันภัยอุบัติเหตุการเดินทางแบบกลุ่ม
Group Travel Insurance

☐ ประกันอัคคีภัยเพื่อที่อยู่อาศัย
Home and Personal Property Insurance

สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Only

☐ ลูกค้าตรง
Direct

☐ ตัวแทน
Agent

☐ นายหน้าประกันภัย
Broker

☐ บริษัทนำเที่ยว
Travel agent

ชื่อ-นามสกุล
Name-Surname

ใบอนุญาตเลขที่
License No.

รหัสตัวแทน
Producer Code

อีเมล
Email

มือถือ
Mobile No.

ภายหลังจากที่กรมธรรม์เริ่มต้นมีผลคุ้มครอง การประกันภัยชนิดนี้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ และบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่คืนเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ / Remark:

- กรุณาส่งเอกสารการโอนค่าเบี้ยประกันภัยมายังบริษัทก่อนเดินทางอย่างน้อย 1 วัน / Please submit Pay-In Slip to the company at least 1 day before departure date.
- อีเมล/E-mail: Thailand.cc@aig.com หรือ / or แฟกซ์หมายเลข / Fax No. 0 2649 1998

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.): ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865
Reminder of Office of Insurance Commission (OIC): Give answer to questions above truthfully, otherwise the company may have caused to deny liability under policy in accordance with Section 865 of the Civeil & Commercial code.**