



MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited
 1908 MSIG Building, New Petchburi Road, Bangkokpi,
 Huay Kwang, Bangkok 10310
 Tel +66 (0) 2788 8888 Fax +66 (0) 2318 8550

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
 1908 อาคาร เอ็ม เอส ไอ จี ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ
 เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 เลขทะเบียนนิติบุคคล 0107555000414

คำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางสำหรับนักเรียนหรือนักศึกษาที่ไปศึกษาในต่างประเทศ

Overseas Student Travel Insurance Application Form

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการเดินทาง

Applicant Information

ชื่อ-นามสกุล
 Applicant Name-Surname

บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่
 National Identity Card Passport No.

สัญชาติ เพศ วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี อีเมล
 Nationality Gender Date of Birth Age Years Email

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ในประเทศไทย
 Mailing Address in Thailand

..... โทรศัพท์
 Tel.

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ในต่างประเทศ
 Overseas Mailing Address

..... โทรศัพท์
 Tel.

ชื่อสถาบันการศึกษา
 Overseas Institute Name

ประเทศ ระยะเวลาศึกษา เดือน
 Country Period of Education Months

ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 Beneficiary Relationship

แผนประกันภัย เบี้ยประกันภัย บาท
 Plan Premium Baht

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น. 16.30 น.
 Period of Insurance From at hours To at hours

ข้าพเจ้าขอรับรองถ้อยแถลงต่างๆ ข้างต้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อว่าเป็นเช่นนั้น และมีได้ละเลขข้อมูลรายละเอียดและข้อความจริงใดๆ และ
 ขอมรับว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัท และเข้าใจว่ากรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับก็ต่อเมื่อใบ
 คำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทแล้วเท่านั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเรียนสอบข้อมูลหรือบันทึกการรักษาจากแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือ
 โรงพยาบาลเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาการขอเอาประกันภัยหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนใดๆ

I hereby declare that the information given on this proposal form is true and complete to the best of my knowledge and belief, and I have no omitted any relevant
 information or material fact. I understand that the above given information shall form the basis of the contract between the insured person and the company. I also
 understand that this proposal form will be subject to underwriting approval and acceptance by the company before cover can be granted. I authorize any hospital or
 doctor who has attended me to release any information related to medical treatment to the company in supporting underwriting or claims consideration.

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 Date Month Year Signature of Applicant

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย รายนี้ ใบอนุญาตเลขที่
 Direct Agent Broker License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะส่งผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ

ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

REMINDER FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION:

Give answers to all questions above truthfully otherwise the Company may have cause to deny liability under the Policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial Code.