

เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์: 0 2665 4000, 0 2290 3333, โทรสาร: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033

Muang Thai Insurance Public Company Limited

252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310

Telephone: 0 2665 4000, 0 2292 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033

www.muangthaiinsurance.com, Call Center 1484

ใบสมัครทำประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางไปต่างประเทศ แบบพิเศษ “เมืองไทย แฮปปี้ ทริป”
Registration Form for Special Travel Abroad Insurance “Muang Thai Happy Trip”

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (ชื่อ-นามสกุลกรอกเป็นภาษาอังกฤษ) ชื่อ-นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์..... The Policy Holder (Please fill Insured Name in English) Name-Surname Telephone No. ที่อยู่..... e-Mail..... Address								
2. ข้อมูลผู้เอาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์ (ชื่อ-นามสกุลกรอกเป็นภาษาอังกฤษ)/Insured and Beneficiary's Information English								
ลำดับ No.	ชื่อ-นามสกุล Insured Name	เลขที่บัตรประชาชน Identity Card No.	เพศ Gender	วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth	ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address	โทรศัพท์ Telephone No.	ผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary Name	ความสัมพันธ์ Relationship
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	โทร .....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	โทร .....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	โทร .....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	โทร .....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	โทร .....	.....
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ Do you have congenital disease? No Yes If your answer "Yes" please provides details								
3. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง ☐ ท่องเที่ยว ☐ ธุรกิจ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... Objective of Journey Travel Business Other (Please Specify)								
4. เส้นทางการเดินทาง/Journey ต้นทาง/Departure ถึงปลายทาง/to Destination คุ้มครองการเดินทางแบบ/Type of Coverage เดินทางโดย/Travel by ☐ รายเที่ยว/Single Trip ☐ เครื่องบิน/Airplane ☐ รายปี/Annual Trip ☐ รถโดยสารประจำทาง/Bus ☐ สูงสุด 90 วันต่อการเดินทางแต่ละครั้ง/(Max. 90 days per trip) ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ Other/(Please Specify) ☐ สูงสุด 180 วันต่อการเดินทางแต่ละครั้ง/(Max. 180 days per trip)								
5. อาณาเขตที่ยกเว้นความคุ้มครอง NORTH KOREA, CUBA, SYRIA, SUDAN, BURUNDI, PAKISTAN, PALESTINE, RWANDA, LIBYA, LEBANON Excluded Territories LIBERIA, ANGOLA, AFGHANISTAN, AZERBAIJAN, IRAQ, ISRAEL, IRAN, ERITREA, UZBEKISTAN, ETHIOPIA, ALGERIA, HAITI								
6. ระยะเวลาประกันภัย.....วัน เริ่มตั้งแต่วันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา.....น. Length of Journey Days Date of Departure at hours Date of Arrival at hours								
7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง/Type of Policy:								
แผน Plan	☐ แบบรายเดี่ยว/Single Plan		☐ แบบรายครอบครัว/Family Plan		☐ แบบรายกลุ่ม/Group Plan			
	☐ Eco .....บาท/(Baht)		☐ Eco Plus .....บาท/(Baht)		☐ Eco .....บาท/(Baht)			
	☐ Eco Plus .....บาท/(Baht)		☐ Best .....บาท/(Baht)		☐ Eco Plus .....บาท/(Baht)			
	☐ Good .....บาท/(Baht)				☐ Good .....บาท/(Baht)			
	☐ Best .....บาท/(Baht)				☐ Good .....บาท/(Baht)			
	☐ Perfect .....บาท/(Baht)							

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทฯ สามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าชดเชยประกันภัยนี้
เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry
The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.
If the insured person does not allow the company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the company reserves the right not to pay such claims.

I request to obtain the insuring agreement according to the term and condition of the International Travel Insurance policy. I declare and warrant that the above answer are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between me and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy become voidable. The company is entitled to void the policy.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
The Applicant's Signature

วันที่/Date/...../.....

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
The Applicant's Signature

วันที่/Date/...../.....

ชื่อผู้ส่งงาน

รหัสผู้ส่งงาน.....

วันที่/Date/...../.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อ
มิฉะนั้น บริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Reminder from the Office of Insurance Commission (OIC): Please answer all Questions truthfully otherwise the Company may have causes to deny Liability
under Policy per Section 865 of the Civil & Commercial Code