



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ บมจ. 136
อาคารกรุงเทพประกันภัย 25 ถนนสาทรใต้ กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 285 8888, 677 3777 โทรสาร 677-3737-8

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทาง APPLICATION FOR TRAVEL ACCIDENT INSURANCE

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย : Name of the Insured : _____ ที่อยู่ : _____ Address : _____ อายุ : _____ อาชีพ : _____ Age : _____ Occupation : _____	
2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ : _____ ความสัมพันธ์ : _____ Name of the Beneficiary : _____ Relationship to the Insured : _____ ที่อยู่ : _____ Address : _____	
3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : _____ วันเต็ม เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. Period Insured : _____ Full days From : _____ at _____ hrs. จำนวนเงินเอาประกันภัย : _____ ค่ารักษาพยาบาล Sum Insured : _____ Medical Expenses : _____ เบี้ยประกันภัย : _____ ภาษี _____ 0 _____ อากาศ _____ 0 _____ รวม _____ - บาท Premium : _____ Tax : _____ Stamps : _____ Total : _____	
4. เดินทางโดย : _____ เที่ยวบินที่ : _____ ไป _____ กลับ _____ Travel by : _____ Flight No. : _____ จุดหมายปลายทาง : _____ Destination : _____	
5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือ กับบริษัทอื่นหรือไม่ What Life or Accident Insurance do you now carry or have you applied for ? บริษัท Company จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured : _____ วันที่ออกกรมธรรม์ Date issued _____ _____ _____	

ข้าพเจ้าขอรับรอง ณ ที่นี้ว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ดี และปราศจากการพิการใด ๆ ทางร่างกาย
I hereby declare that I am now in good health and free from any physical defects or infirmity.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant's Signature