

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) The Policy Holder (Please fill Insured Name in English)		ชื่อ-นามสกุล..... Name-Surname		เบอร์โทรศัพท์..... Telephone No.				
		ที่อยู่..... Address						
2. ข้อมูลผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ (ชื่อ-นามสกุลกรอกเป็นภาษาอังกฤษ)/Insured and Beneficiary's Information (Please fill Insured Name in 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.	ผู้รับประโยชน์ Beneficiary Name	ความสัมพันธ์ Relationship
3. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง Objective of Journey						<input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว Travel <input type="checkbox"/> ธุรกิจ Business <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... Other (Please Specify)		
4. เส้นทางในการเดินทาง/Journey						ต้นทาง/Departure ถึงปลายทาง/to Destination..... คุ้มครองการเดินทางแบบ/Type of Coverage <input type="checkbox"/> แบบรายปี/Annual Trip <input type="radio"/> 90 วันต่อการเดินทางแต่ละครั้ง/90 days per trip <input type="radio"/> 180 วันต่อการเดินทางแต่ละครั้ง/180 days per trip <input type="checkbox"/> แบบรายเที่ยว/Single Trip		
						เดินทางโดย/Travel by <input type="checkbox"/> เครื่องบิน/Airplane <input type="checkbox"/> รถโดยสารประจำทาง/Bus <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ/Other (Please Specify).....		
5. อาณาเขตที่ยกเว้นความคุ้มครอง Excluded Territories						North Korea, Cuba, Syria, Sudan, Burundi, Pakistan, Palestine, Rwanda, Libya, Lebanon, Liberia, Angola, Afghanistan, Azerbaijan, Iraq, Israel, Iran, Eritrea, Uzbekistan, Ethiopia, Algeria, Haiti		
6. ระยะเวลาการเดินทาง Length of Journey					วัน เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา.....น. Days Date of Departure at hours Date of Arrival at hours		
7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง/Type of Policy						<input type="checkbox"/> แบบรายเดี่ยว/Single Plan <input type="radio"/> Ecoบาท/Baht <input type="radio"/> Eco Plusบาท/Baht <input type="radio"/> Goodบาท/Baht <input type="radio"/> Bestบาท/Baht <input type="radio"/> Perfectบาท/Baht		
						<input type="checkbox"/> แบบรายครอบครัว/Family Plan <input type="radio"/> Eco Plusบาท/Baht <input type="radio"/> Bestบาท/Baht		
						<input type="checkbox"/> แบบรายกลุ่ม/Group Plan <input type="radio"/> Ecoบาท/Baht <input type="radio"/> Eco Plusบาท/Baht <input type="radio"/> Goodบาท/Baht		

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกละเมิดสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ณ วันที่ขอเอาประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง หรือได้รับบาดเจ็บ ไม่เป็นผู้พิการ และไม่เคยใช้สารเสพติดให้โทษใดๆ

หมายเหตุ: ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

I request to obtain the Insuring Agreement according to the Terms and Conditions of the International Travel Insurance Policy. I declare and warrant that the above answers 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 becomes voidable. The Company is entitled to void the policy.

I hereby certify that, on the date I am writing the Proposal From, I am Healthy and do not have any Physical Deformity or Disability; do not have Underlying, Chronic or Dread Disease, Injury, Metal Disorder and have never been addicted to any kinds of Drugs.

Remark: The Coverage will be enforced after the Complete and Correct Application is approved by the Company.

.....
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
The Applicant's Signature
วันที่/Date

.....
ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
Legal Representative'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