

ใบสมัครกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางภายในประเทศไทย แบบเดี่ยว "เมืองไทย Safe Travel" แผน TA ปั่นสุข

Registration Form for "Muang Thai Save Travel" Domestic Travel Insurance

FM-APP-06-160

1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (สัญชาติไทยเท่านั้น) Insured Person :									
ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน								
Name-Surname	ID No.								
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี (ต้องมีอายุ 1-70 ปีเท่านั้น)							
Date of Birth	Age	Years							
ที่อยู่									
Address									
โทรศัพท์บ้าน	โทรศัพท์มือถือ								
Home Phone	Mobile Phone								
2. ผู้รับประโยชน์ : ทายาทตามกฎหมาย									
Beneficiary		Legal Heir							
3. เส้นทางเดินทาง : ต้นทาง		ปลายทาง							
Journey		Departure	Destination						
4. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง : <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ธุรกิจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ									
Purpose of journey			Travel / Leisure	Business	Other (Please specify)				
5. ประเภทของยานพาหนะที่ใช้เดินทาง		เลขที่ตั๋ว/เที่ยวบิน	เวลา	น.					
Travelling Vehicle		Ticket/Flight No.	at	hours					
6. ระยะเวลาการเดินทาง วัน		เริ่มต้นวันที่	เวลา	น.	สิ้นสุดวันที่	เวลา 24.00 น.			
Length of Journey		Days	Date of Departure	at	hours	Date of Arrival	at	hours	
7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3		เบี้ยประกันภัยรวม		บาท					
Coverage Plan		Plan		Plan		Plan		Total Premium	Baht

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ณ วันที่ขอเอาประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง หรือได้รับบาดเจ็บ ไม่เป็นผู้วิกลจริต และไม่เคยใช้สารเสพติดให้โทษใดๆ

หมายเหตุ : ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

I request to obtain the Insuring Agreement according to the terms and conditions of the 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 form. I am healthy and do not have any physical deformity or disability: do not have underlying, chronic or dread disease, injury. Mental 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.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม*	ชื่อผู้ส่งงาน
The Applicant's Signature	Legal Representative's Signature	รหัสผู้ส่งงาน
วันที่/Date	วันที่/Date	วันที่/Date

*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี Legal Representative's Signature in case of Applicant under 20 years old

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