

# 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 (ภาษาอังกฤษเท่านั้น)<br>The Policy Holder (English only)                                 |   | ชื่อ-นามสกุล.....<br>Name-Surname                   | เบอร์โทรศัพท์.....<br>Telephone No.             |  |  |  |                                      |                           |    |       |
|---|---|---|---|--|--|--|--------------------------------------|---------------------------|----|-------|
|   |   | ที่อยู่.....<br>Address                             |   |  |  |  |                                      |                           |    |       |
| 2. ข้อมูลผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ (ภาษาอังกฤษเท่านั้น)/Insured and Beneficiary's Information (English only) |   |   |   |  |  |  |                                      |                           |    |       |
| 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. เส้นทางการเดินทาง/Journey  |   |   |   | ต้นทาง/Departure .....   |  | ถึงปลายทาง/to Destination.....                                       |                                      |                           |    |       |
| คั้ครองการเดินทางแบบ/Type of Coverage   |   |   |   | เดินทางโดย/Travel by   |  |  |                                      |                           |    |       |
| <input type="checkbox"/> แบบรายปี/Annual Trip   |   |   |   | <input type="checkbox"/> เครื่องบิน/Airplane   |  |  |                                      |                           |    |       |
| <input type="radio"/> 90 วันต่อการเดินทางแต่ละครั้ง/90 days per trip  |   |   |   | <input type="checkbox"/> รถโดยสารประจำทาง/Bus  |  |  |                                      |                           |    |       |
| <input type="radio"/> 180 วันต่อการเดินทางแต่ละครั้ง/180 days per trip  |   |   |   | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ/Other (Please Specify).....   |  |  |                                      |                           |    |       |
| <input type="checkbox"/> แบบรายเที่ยว/Single Trip   |   |   |   |  |  |  |                                      |                           |    |       |
| 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  |   |   |   |  |  |  |                                      |                           |    |       |
| แผน Plan  | <input type="checkbox"/> แบบรายเดี่ยว/Single Plan | <input type="checkbox"/> แบบรายครอบครัว/Family Plan | <input type="checkbox"/> แบบรายกลุ่ม/Group Plan |  |  |  |                                      |                           |    |       |
|   | <input type="radio"/> Eco .....                   | <input type="radio"/> Eco Plus .....                | <input type="radio"/> Eco .....                 | <input type="radio"/> Eco Plus .....   | <input type="radio"/> Eco .....          | <input type="radio"/> Eco Plus .....                                 | <input type="radio"/> Eco .....      |                           |    |       |
|   | <input type="radio"/> Eco Plus .....              | <input type="radio"/> Best .....                    | <input type="radio"/> Eco Plus .....            | <input type="radio"/> Best .....   | <input type="radio"/> Eco Plus .....     | <input type="radio"/> Best .....                                     | <input type="radio"/> Eco Plus ..... |                           |    |       |
|   | <input type="radio"/> Good .....                  |   | <input type="radio"/> Good .....                |  | <input type="radio"/> Good .....         |  | <input type="radio"/> Good .....     |                           |    |       |
|   | <input type="radio"/> Best .....                  |   | <input type="radio"/> Best .....                |  | <input type="radio"/> Best .....         |  | <input type="radio"/> Best .....     |                           |    |       |
| <input type="radio"/> Perfect .....   |   | <input type="radio"/> Perfect .....                 |   | <input type="radio"/> Perfect .....  |  | <input type="radio"/> Perfect .....                                  |                                      |                           |    |       |

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ณ วันที่ขอเอาประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง หรือได้รับบาดเจ็บ ไม่เป็นผู้วิกลจริต และไม่เคยใช้สารเสพติดให้โทษใดๆ

หมายเหตุ: ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยถูกต้องสมบูรณ์ 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

