

# Chubb Travel Insurance International

## ประกันภัยคุ้มครองการเดินทางไปต่างประเทศ

### ใบคำขอเอาประกันภัย / Application Form



#### ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Insured's name

นาย/นาง/นางสาว			
Mr./Mrs./Ms.			
ที่อยู่ : เลขที่	หมู่	หมู่บ้าน/อาคาร	ชั้น
Address : No.	Moo	Village/Building	Floor
แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	จังหวัด	สนช.
Sub-District	District	Province	Postcode
หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขพาสปอร์ต (กรณีเป็นชาวต่างชาติ)			
ID Card No. / Passport No.			

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.)	เพศ	อายุ	ปี	โทรศัพท์ (ที่บ้าน)	(มือถือ)
Date of Birth (A.D.)	Gender	Age	Year	Telephone No. (Residence)	(Mobile)
อีเมล	อาชีพ	สถานที่ทำงาน			
E-mail	Occupation	Workplace			
โรคประจำตัวของผู้ขอเอาประกันภัย (ถ้ามีโปรดระบุ)					
The applicant ever have any congenital disease (if yes, please specify)					

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	หรือหากไม่ระบุจะให้แก่ทายาทโดยธรรม
Name of Beneficiary	Relationship	or (If no beneficiary, the benefit will go to legal heirs.)

โปรดระบุเครื่องหมาย ✓ แผนคุ้มครองที่ท่านเลือก  
Insurance plan selected (Please indicate by check)

รายปี / Annual Trip	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Platinum		
รายเที่ยว / Single Trip	<input type="checkbox"/> Asia Safe	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Platinum	<input type="checkbox"/> Schengen Visa Plus

วันเริ่มต้น	สิ้นสุดวันที่
Effective Date	Expiry Date

ระยะเวลาเอาประกันภัยจำนวน	วัน	เบี้ยประกันภัย	บาท
Duration up to	Days	Premium	Baht

จุดหมายปลายทาง (ประเทศ)	เที่ยวบิน
Destination (Country)	Flight No

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ	ความสัมพันธ์	โทรศัพท์
Contact Person	Relationship	Telephone No.

#### การจัดส่งกรมธรรม์

- ☐ กรุณาส่งเอกสารยืนยันการทำประกันภัยการเดินทางทางอีเมล และส่ง SMS เพื่อยืนยันการออกกรมธรรม์  
Please send my policy documents by email and send policy confirmation by SMS
- ☐ กรุณาส่งเอกสารยืนยันการทำประกันภัยการเดินทางทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านบน (บริษัท จะจัดส่งเอกสารยืนยันการทำประกันภัยการเดินทางให้ท่านภายใน 15 วันทำการ)  
Please send my policy documents by post to above address (The policy will be sent within 15 working days)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.):

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ หรือแถลงข้อความอันไม่เท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

#### Warning of the Office of Insurance Commission:

The Applicants must truthfully answer all questions. Concealment or misstatement of any facts will cause the insurance agreement to become void, or may be grounds for the insurance company to deny its liabilities under, or terminate, the insurance agreement, by virtue of section 865 of the Civil and Commercial Code.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แถลงข้างต้นนั้นเป็นจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงทั้งหมดเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ ทั้งนี้บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาปรับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

I (the Applicant) hereby certify that the foregoing details and health information are correct and true and will form part of an insurance agreement between myself and the Company. If my concealment or misstatement of any facts will cause the insurance company to deny its liabilities under, or terminate, the insurance agreement. I also agree that this letter will be deemed as my consent to authorize any physicians, hospitals, clinics having records or details of my sickness, including my HIV virus blood test results to disclose all the facts to the Company or its authorized persons, and I hereby authorize the Company to disclose such information to governing bodies or relevant agencies. The Company reserves its right to consider the insurance based upon the foregoing information.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
Insured Signature

วันที่  
Date