

International Travel Sure Insurance Application Form

Application No.....

Policy No.....

For Personal plan

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางสบายน้ำใจทั่วโลก แบบส่วนบุคคล

1. The Insured's Information (ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย) :

Name Title Name Surname.....

Date of Birth...../...../..... Age..... Year (s) National ID No. (เลขประจำตัวประชาชน) Passport No.....

Nationality (สัญชาติ)..... Occupation (อาชีพ) Mobile no. E-mail.....

Current Address (ที่อยู่ปัจจุบัน): No. Moo..... Building /Village Room no. Floors..... Alley/Soi

Road Sub district District

Province Country Zip Code.....

Beneficiary's Information (ข้อมูลผู้รับประกันชดเชย) :

Name Title Name Surname Relationship (ความสัมพันธ์)

Name Title Name Surname Relationship (ความสัมพันธ์)

2. Please select the plan of insurance (แผนประกันภัยที่เลือก)

2.1 Single trip (รายเดียว) Annul Multi- trip (รายปี)

2.2 Silver Plan Gold Plan Emerald Plan Diamond Plan Platinum Plan Others Plan, Please specify (อื่นๆ).....

Total Premium (เงินประกันภัยรวม)..... Baht (บาท)

3. Details of the Trip (รายละเอียดการเดินทาง) :

Purpose of Trip (วัตถุประสงค์ในการเดินทาง): Travel (ท่องเที่ยว) Business (ธุรกิจ) Study (เรียน) Other, Please specify (อื่นๆ).....

Destination Country (ประเทศจุดหมายปลายทาง) Schengen (เชิงเก็น) Other, Please specify (อื่นๆ).....

Departure Date (วันที่เดินทางออกจากประเทศไทย)...../...../..... Time (เวลา)..... By (เดินทางโดย): Airplane (เครื่องบิน) (Flight No:)
 Others (อื่นๆ).....

Arrival Date (วันที่เดินทางกลับสู่ประเทศไทย)/...../..... Time (เวลา)..... By (เดินทางโดย): Airplane (เครื่องบิน) (Flight No:)
 Others (อื่นๆ).....

Total Period of Insurance (รวมระยะเวลาประกันภัย): days (วัน)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปลดปล่อยไม่แท้จริงความจริง ข้าพเจ้าขอน้อมให้บริษัทยกเว้นภัย ประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอรับรองอีกด้วยว่าสารที่เก็บบันประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นๆ ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเรื่องเชิงเท็จเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV โคงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นๆ ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเรื่องเชิงเท็จเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the Global chill 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. In addition, I hereby to authorize Dhipaya Insurance PCL., to obtain any information on the medical history and physical condition of my doctors, hospitals, Medical clinic or any other organization with my record and health. Include facts about the blood test to detect the virus, HIV.

ผู้ขอเอาประกันภัยขอ申明อย่างมีบริบทที่ดี ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง (สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

The Insured hereby authorize the Company to store, use and disclose the information relating to (my health and) information of the Insured to Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits of insurance business governance.

The Insured's Signature

Date (วันที่ขอเอาประกันภัย)

(ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย) (.....)

(...../...../.....)

ประกันภัยตรง/Direct ตัวแทนประกันภัย/Agent นายหน้าประกันภัย/Broker ใบอนุญาตเลขที่/License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อที่มิชอบนับวิทยาศาสตร์อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

WARNING: Office of Insurance Commission (OIC) The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865.

บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี

เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ 10120

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD.

Tel: +66(0) 2239 2200 Call Center 1736

1115 Rama 3, Chong Nonsi

Fax: +66 (0) 2239 2049

Yannawa, Bangkok 10120 Thailand

www.dhipaya.co.th

