THAIVIVAT INSURANCE PCL.
บมจ. ประกันภัย ไทยวิวัฒน์
71 อาคารประกันภัยไทยวิวัฒน์ ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร : 0-2695-0800 ต่อ 2921, 2821 แฟกซ์ : 0-2644-6477

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเดินทางต่างประเทศ

(Application for Global Travel Accidental and Health Insurance)

เพื่อประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเดินทางต่างประเทศ สำหรับตัวข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างล่างนี้

I wish to apply for the Insurance for my self as the following statements below.

1.ชื่อ/สกุลตามหนังสือเดินทาง (นาย/นาง/น.ส/ด.ช/ด.ญ)…….....**อายุ**…...…

Applicant's Name/Surname (Mr./Mrs./Ms/Mstr./Miss) …….....**Age**……

สัญชาติ ..... **เชื้อชาติ**..... **สถานภาพสมรส**..... **เลขที่บัตรประชาชน**..... **อาชีพ** .....

ที่อยู่ปัจจุบัน (Address)……..…….. …..

…….

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์(Telephone.No)…… ……**วันที่เกิด(Date of Birth)**…….

เลขที่หนังสือเดินทาง (Passport No)…….…….…… **จุดหมายปลายทาง (Destination)**……

จำนวนวันเดินทาง (Length of Trip) ……..……..……..**วัน (day(s)) เที่ยวบินที่ (Flight No.)** ……

วันที่เริ่มความคุ้มครอง(Effective Date) ……/……/…… **วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง(Expiry Date)** ……/……/……..…

ผู้รับประโยชน์(Beneficiary's Name)…….

ความสัมพันธ์ (Relationship)……..……

2. เลือกแบบความคุ้มครองโดยทำเครื่องหมาย X และระบุแผนคุ้มครอง Select Insurance Plan by given X to selected plan.

2.1 ☐ **คุ้มครองทั่วโลก/Worldwide** ☐ **วีซ่ายุโรป/VISA Europe** ☐ **เอเชีย/Asia**

2.2 **แผนที่เลือก/Chosen Plan** ☐ **Basic** ☐ **Basic I** ☐ **Basic II** ☐ **Silver** ☐ **Gold** ☐ **Platinum**

2.3 ☐ **รายปี /Annual Multi-Trip (31วัน / 60 วัน / 90 วัน)** ☐ **รายเที่ยว /Single Trip**

2.4 **เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร/Premium of the Insurance**……..……..**บาท/Baht**

3. ท่านมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือไม่ โปรดระบุ ☐ **มี, บริษัท**…….…….. ☐ **ไม่มี**

Do you have Health Insurance? ☐ **Yes, where**…… ☐ **No**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีความสมบูรณ์ดี และปราศจากการพิการใดๆ ทางร่างกาย

I am declare that I am now in good health and free from any physical defects or infirmity

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย(Signature).....**วันที่(Date)**.....

☐ **ตัวแทน / Agent** ☐ **นายหน้าประกันภัย/Broker** ☐ **ใบอนุญาตเลขที่/License No.**

ชื่อบริษัทนำเที่ยว Travel

Aency……..……..

คำเตือน : โปรดตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริง มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865. ความคุ้มครองจะมีผลเมื่อ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ตกลงรับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัยนี้และ นำส่งใบรับรองการประกันภัยให้กับผู้เอาประกันภัย

Remark: Give answers to questions above truthfully the company may have caused to deny liability under policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial code. Coverage is not in force unless Thaivivat Insurance Pcl. accepts this application. A certificate validing the coverage will be sent to the applicant