



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
25 SATHON TAI ROAD, THUNG MAHA MEK, SATHON, BANGKOK 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ.2490

Established 1947

ทะเบียนเลขที่ 0107536000625

Registration No. 0107536000625

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุการเดินทาง (APPLICATION FOR TRAVEL ACCIDENT INSURANCE)

ประเภทของการประกันภัย <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> CTA โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ (Please fill in English)		หนังสือเดินทาง (Passport No.)	
1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... (Name of Applicant)		เลขที่บัตรประชาชน..... (ID No.)	
ที่อยู่..... (Address)		โทรศัพท์..... (Telephone)	
อาชีพ..... (Occupation)	ตำแหน่ง..... (Position)	อายุ..... (Age)	วัน/เดือน/ปีเกิด..... DD/MM/YY
ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... (Name Of Beneficiary)		ความสัมพันธ์..... (Relationship to the Insured)	
ที่อยู่..... (Address)		โทรศัพท์..... (Telephone)	
2. ผู้เอาประกันภัยร่วม..... (Insured Person)			
3. จุดประสงค์ของการเดินทาง <input type="checkbox"/> ธุรกิจ <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ฝึกงาน <input type="checkbox"/> เรียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... (Purpose of Trip) (Business) (Pleasure) (Training) (Study) (Others)			
เดินทางโดย..... (Travel by)		เที่ยวบินที่..... (Flight No.)	
จุดหมายปลายทาง..... (Destination)			
4. ระยะเวลาเอาประกันภัย.....วันเต็ม เริ่มต้นวันที่..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา.....น. (Period of Insurance) (Full days) (From) (at) (hrs.) (To) (at) (hrs.)			
5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือ กับบริษัทอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุด้านล่าง) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (Do you have any life assurance or personal accident insurance with other insurance company? (If yes please specified) (Yes) (No)			
บริษัท (Company)		จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum Insured)	
.....		
.....		วันที่ออกกรมธรรม์ (Date of Issued)	
.....		
6. 6.1) กรณี TA ระบุเป็น จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท ค่ารักษาพยาบาล.....บาท (Travel Accident) (Sum Insured) (Baht) (Medical Expenses) (Baht)			
6.2) กรณี CTA ระบุเป็น ให้เลือก <input type="checkbox"/> Personal Plan (2 ข้อ) ทุนประกันภัย <input type="radio"/> 1 ล้านบาท <input type="radio"/> 1.5 ล้านบาท <input type="radio"/> 2 ล้านบาท (Comprehensive Travel Accident) (Sum Insured) (1 Million Baht) (1.5 Million Baht) (2 Million Baht)			
<input type="checkbox"/> Comprehensive Plan (9 ข้อ) ทุนประกันภัย <input type="radio"/> 1 ล้านบาท <input type="radio"/> 1.5 ล้านบาท <input type="radio"/> 2 ล้านบาท (Sum Insured) (1 Million Baht) (1.5 Million Baht) (2 Million Baht)			
7. เบี้ยประกันภัย..... (Premium)		ภาษีมูลค่าเพิ่ม..... (VAT)	
.....		อากร..... (Stamp)	
.....		รวม..... (Total)	

ข้าพเจ้าและทุกคนที่ร่วมเดินทาง (ถ้ามี) ขณะนี้ไม่มีสุขภาพดี และไม่ได้เดินทางไปเพื่อรับการรักษาพยาบาลใดๆ และยอมรับเงื่อนไขกรมสภาพทางการแพทย์หรือทางสุขภาพ ที่ข้าพเจ้าเคยได้รับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือการรักษาทางยาภายใน 12 เดือน ก่อนเดินทาง จะไม่ได้รับความคุ้มครอง
ข้าพเจ้าเข้าใจและตกลงยินยอมว่า การประกันภัยนี้ไม่มีผลบังคับใดๆ จนกว่าบริษัทฯ จะตกลงยินยอมรับประกันภัย

I and companion (if any) are now in good health and not travelling for medical treatment. I hereby understand that the policy will not cover my pre-existing condition 12 months before the trip. I understand and agree that the insurance will not be enforced until the Company agrees.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant's Signature

ประกันโดยตรง ตัวแทน นายหน้าประกันภัย ใบอนุญาตเลขที่.....
(Direct) (Agent) (Broker) (License No.)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder of the Office of Insurance Commission (OIC)

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void and may have caused the Company to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
25 SATHON TAI ROAD, THUNG MAHA MEK, SATHON, BANGKOK 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ.2490
Established 1947
ทะเบียนเลขที่ 0107536000625
Registration No. 0107536000625

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุการเดินทาง (APPLICATION FOR TRAVEL ACCIDENT INSURANCE)

ประเภทของการประกันภัย <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> CTA โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ (Please fill in English)		หนังสือเดินทาง (Passport No.)	
1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... (Name of Applicant)		เลขที่บัตรประชาชน..... (ID No.)	
ที่อยู่..... (Address)		โทรศัพท์..... (Telephone)	
อาชีพ..... (Occupation)	ตำแหน่ง..... (Position)	อายุ..... (Age)	วัน/เดือน/ปีเกิด..... DD/MM/YY
ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... (Name Of Beneficiary)		ความสัมพันธ์..... (Relationship to the Insured)	
ที่อยู่..... (Address)		โทรศัพท์..... (Telephone)	
2. ผู้เอาประกันภัยร่วม..... (Insured Person)			
3. จุดประสงค์ของการเดินทาง <input type="checkbox"/> ธุรกิจ <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ฝึกงาน <input type="checkbox"/> เรียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... (Purpose of Trip) (Business) (Pleasure) (Training) (Study) (Others)			
เดินทางโดย..... (Travel by)		เที่ยวบินที่..... (Flight No.)	
จุดหมายปลายทาง..... (Destination)			
4. ระยะเวลาเอาประกันภัย.....วันเต็ม.....เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา.....น. (Period of Insurance) (Full days) (From) (at) (hrs.) (To) (at) (hrs.)			
5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือ กับบริษัทอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุด้านล่าง) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (Do you have any life assurance or personal accident insurance with other insurance company? (If yes please specified) (Yes) (No)			
บริษัท (Company)		จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum Insured)	
.....		
.....		
6. 6.1) กรณี TA ระบุเป็น จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท ค่ารักษาพยาบาล.....บาท (Travel Accident) (Sum Insured) (Baht) (Medical Expenses) (Baht)			
6.2) กรณี CTA ระบุเป็น ให้เลือก <input type="checkbox"/> Personal Plan (2 ข้อ) ทุนประกันภัย <input type="radio"/> 1 ล้านบาท <input type="radio"/> 1.5 ล้านบาท <input type="radio"/> 2 ล้านบาท (Comprehensive Travel Accident) (Sum Insured) (1 Million Baht) (1.5 Million Baht) (2 Million Baht)			
<input type="checkbox"/> Comprehensive Plan (9 ข้อ) ทุนประกันภัย <input type="radio"/> 1 ล้านบาท <input type="radio"/> 1.5 ล้านบาท <input type="radio"/> 2 ล้านบาท (Sum Insured) (1 Million Baht) (1.5 Million Baht) (2 Million Baht)			
7. เบี้ยประกันภัย.....ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....อากร.....รวม..... (Premium) (VAT) (Stamp) (Total)			

ข้าพเจ้าและทุกคนที่ร่วมเดินทาง (ถ้ามี) ขณะนี้ไม่มีสุขภาพดี และไม่ได้เดินทางไปเพื่อรับการรักษายาบาลใดๆ และยอมรับเงื่อนไขกรมการแพทย์หรือทางสุขภาพ ที่ข้าพเจ้าเคยได้รับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือการรักษาทางยาภายใน 12 เดือน ก่อนเดินทาง จะไม่ได้รับความคุ้มครอง ข้าพเจ้าเข้าใจและตกลงยินยอมว่า การประกันภัยนี้ไม่มีผลบังคับใดๆ จนกว่าบริษัทฯ จะตกลงยินยอมรับประกันภัย
I and companion (if any) are now in good health and not travelling for medical treatment, I hereby understand that the policy will not cover my pre-existing condition 12 months before the trip. I understand and agree that the insurance will not be enforced until the Company agrees.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant's Signature

ประกันโดยตรง ตัวแทน นายหน้าประกันภัย ใบอนุญาตเลขที่.....
(Direct) (Agent) (Broker) (License No.)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามกฎหมายประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder of the Office of Insurance Commission (OIC)

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void and may have caused the Company to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.