



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

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางต่างประเทศส่วนบุคคล แบบพิเศษ SPECIAL PERSONAL OVERSEAS TRAVEL INSURANCE POLICY

แบบใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางต่างประเทศส่วนบุคคล แบบพิเศษ
This Application form is a part of Special Personal Overseas Travel Insurance Policy

- ชื่อผู้เอาประกันภัย เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง อายุ ปี
Name of the Insured Identity Card No./Passport No. Age Yrs.
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน อาคาร
Present Address House No. Village No./Moo Village/Mooban Building
เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย ถนน
Room No./Floor Lane/Soi Road
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
Sub district/Tambon District/Amphoe Province
รหัสไปรษณีย์ โทร อาชีพ
Postcode Tel. Occupation
2. ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
Name of the Beneficiary Relationship to the Insured
3. จุดประสงค์ของการเดินทาง ☐ ธุรกิจ ☐ ท่องเที่ยว ☐ ฝึกงาน ☐ เรียน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
Purpose of Traveling Business Pleasure Training Studying Others, please specify
จุดหมายปลายทาง
Destination
4. ระยะเวลาประกันภัย วัน เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
Period of Insurance Days From At Hr. To At Hr.
แผนประกันภัย
Coverage Plan

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย Coverage/Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันภัยการเดินทางไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันภัย
จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นๆ อีกหรือไม่
Do you have any life assurance or personal accident insurance with other insurance company (ies) ?

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
No Yes, please specify

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย	วันที่ออกกรมธรรม์ประกันภัย
Company	Sum Insured	Date Insured
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย	วันที่ออกกรมธรรม์ประกันภัย
Company	Sum Insured	Date Insured



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

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

How do you wish to receive your insurance policy?

☐ รับเป็น e-Policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้

An e-policy sent to your email address.

☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

A hard copy sent to your mailing address.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าในปัจจุบันข้าพเจ้าและผู้ร่วมเดินทางทุกคนมีสุขภาพดีและไม่มีวัตถุประสงค์ในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลใดๆ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่าสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะไม่ได้รับความคุ้มครอง ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานสัญญา ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

I wish to insure to the Company under the terms of the insurance policy which has applied for this insurance and I hereby certify that I / members are currently healthy and are not intended to travel for any medical treatment. I agree that pre-existing medical conditions are not covered by the insurance. I agree that this application shall be the basis of the contract between me and the company

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I agree to let the Company collect, use and declare the Insured's information to the Office of Insurance Commission for regulation business.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยและมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทเอง

The Company has the right to medically examine and diagnose the Insured if necessary, under this policy and has the right to conduct an autopsy, in necessary case and within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

In the case of the Insured, the Beneficiary or the Insured's representative, as the case may be, does not consent the Insured's examination regarding the medical history and diagnosis that is part of a claim processing. The Company has the right to refuse the Insured's coverage.

.....

(.....)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Signature of the Insured

...../...../.....

วัน/เดือน/ปี
Date/Month/Year

☐ การประกันภัยโดยตรง
Direct Insurance

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย
Broker

ใบอนุญาตเลขที่
License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder of 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