



# 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)

หนังสือเดินทาง (Passport No.) .....	
1. ชื่อผู้เอาประกันภัย..... (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. จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท ค่ารักษาพยาบาล.....บาท (Sum Insured) (Baht) (Medical Expenses) (Baht)	
7. เบี้ยประกันภัย.....ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....อากร.....รวม..... (Premium) (VAT) (Stamp) (Total)	

ข้าพเจ้าและทุกคนที่ร่วมเดินทาง (ถ้ามี) ขณะนี้ไม่มีสุขภาพดี และไม่ได้ออกเดินทางไปเพื่อรับการรักษาพยาบาลใดๆ 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.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย  
Applicant's Signature

ประกันโดยตรง  ตัวแทนประกันภัยวินาศภัย  นายหน้าประกันภัยวินาศภัย .....ใบอนุญาตเลขที่.....  
(Direct) (Agent) (Broker) (License No.)

ค่าธรรมเนียมของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ 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.