

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย / Details of The Proposer :

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / The Proposer's Name .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน / Address .....  
เลขที่บัตรประชาชน / ID No. ....  
หนังสือเดินทาง / Passport No. ....  
วัน / เดือน / ปีเกิด / Date of Birth ..... อายุ / Age ..... ปี / Years  
โทรศัพท์ / Telephone ..... มือถือ / Mobile Phone .....  
อีเมล / Email Address .....  
อาชีพ / Occupation .....  
ชื่อผู้รับประโยชน์ และ ที่อยู่ / The Beneficiary's Name & Address .....  
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย / Relationship to the Proposer .....

รายละเอียดเกี่ยวกับการเดินทาง / Details of the trip :

วัตถุประสงค์ของการเดินทาง  ท่องเที่ยว  ติดต่อธุรกิจ  เรียน  อื่นๆ .....  
Purpose of the trip Travel Business Study Others  
ประเทศปลายทาง .....  
Destination Countries  
วันที่เดินทางออกจากประเทศไทย ..... เวลา ..... เดินทางโดย  เครื่องบิน (เที่ยวบินที่ .....)  
Date of Departure from Thailand Time Travel By Airplane Flight No.  
 อื่นๆ .....  
Others  
วันที่เดินทางกลับสู่ประเทศไทย ..... เวลา ..... เดินทางโดย  เครื่องบิน (เที่ยวบินที่ .....)  
Date of Arrival to Thailand Time Travel By Airplane Flight No.  
 อื่นๆ .....  
Others  
รวมระยะเวลาเดินทาง / Period of Travel ..... วัน Days เบี้ยประกันภัย / Premium ..... บาท / Baht

แผนประกันภัยที่เลือก / Insurance Plan Selected :

แผนรายเที่ยว (Single Trip)	<input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Easy 1 <input type="checkbox"/> Easy 2 <input type="checkbox"/> Easy 3 <input type="checkbox"/> Easy VISA Plus <input type="checkbox"/> Easy VISA <input type="checkbox"/> Worldwide
แผนรายปี (Annual Trip)	Worldwide <input type="checkbox"/> Easy 1 <input type="checkbox"/> Easy 2 <input type="checkbox"/> Easy 3 <input type="checkbox"/> 120 วัน/Days <input type="checkbox"/> 180 วัน/Days <input type="checkbox"/> 240 วัน/Days <input type="checkbox"/> 365 วัน/Days

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า** มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่ได้เดินทางไปเพื่อรับการรักษาพยาบาลใดๆ คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ

**I warrant that :** I am in good health, have no any disabilities and not travelling for medical treatment. The above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company.

.....  
( ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Proposer's Signature )  
.....  
วันที่ ..... / ..... / .....  
Date

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ  
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิ์ บอกกล่าวสัญญาได้ตามประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**REMINDER FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION:**

**Give answers to all questions below truthfully otherwise the Company may have cause to deny liability under the Policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial Code.**

ประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ .....

ข้าพเจ้าตกลง และยินยอมให้บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ให้กับบริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการนำเสนอรายการส่งเสริมการขาย และการแจ้งข้อมูลข่าวสารทางการตลาดของบริษัทฯ และ/หรือพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ / I agree and give MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited (MSIG) consent to collect, use and disclose my personal data given to MSIG for the purposes of offering promotions and notifying marketing campaigns from MSIG and / or its partners.

ยินยอม/Yes  ไม่ยินยอม/No