

บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)/Thai Health Insurance Public Company Limited

121/89 อาคารอาร์เอส ทาวเวอร์ ชั้น 31 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 / 121/89 RS Tower, 31st Fl., Ratchadaphisek Rd., Dindaeng, Bangkok 10400
โทรศัพท์/Tel: 0 2202 9200 สายตรง/Direct line: 0 2202 9230 32 แฟกซ์/Fax: 0 2642 3132 อีเมลล์/E-mail: travel@thaihealth.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพระหว่างการเดินทาง
Travel Accident and Health Insurance Application Form

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เอาประกันภัย/Applicant's Personal Information

เอกสารประกอบ/Support Document	() หนังสือเดินทาง/Passport	() บัตรประชาชน/ID Card	() บัตรอื่นๆ/Other Card:
หนังสือเดินทางเลขที่/Passport No.:	บัตรประชาชนเลขที่/ID Card No.:		
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ)/Applicant's Name (English):			
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย)/Applicant's Name (Thai):			
วัน/เดือนปีเกิด/Date of Birth:	อายุ/Age:	เพศ/Sex:	สัญชาติ/Nationality:
ที่อยู่ในประเทศไทย/Address in Thailand:			
ที่อยู่ในต่างประเทศ (เฉพาะชาวต่างชาติ)/Address in Home Country (For Foreigner):			
โทรศัพท์/Tel.:	โทรศัพท์มือถือ/Mobile:	อีเมลล์/E-mail:	
ชื่อผู้รับประโยชน์/Name of Beneficiary:		ความสัมพันธ์/Relationship:	
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน/Contact Person in Case of Emergency:			
โทรศัพท์/Tel.:	โทรศัพท์มือถือ/Mobile:	อีเมลล์/E-mail:	

รายละเอียดของการประกันภัย/Details of Insurance

ประเทศปลายทาง/Destination Country:	ระยะเวลาประกันภัย/Period of Insurance:	วัน/Days
เริ่มต้นวันที่/Effective Date :	สิ้นสุดวันที่/Expiry Date :	

โปรดระบุเครื่องหมาย ✓ หน้าแผนประกันภัยที่ต้องการ/Please Select Insurance Plan by Check✓ in the Box)

แผนประกันภัยที่ต้องการ Selected Insurance Plan	JOURNEY SAFETY			
	<input type="checkbox"/> Economy Class	<input type="checkbox"/> Premium Class	<input type="checkbox"/> Business Class	<input type="checkbox"/> First Class
ระยะเวลาประกันภัย (วัน)/Period of Insurance(Days)				
เบี้ยประกันภัยรวม (บาท)/Total Premium (Baht)				

กรณีต้องการใบเสร็จในนามบริษัทกรณาระบ/If require receipt to be issued under Company Name please specify:

ชื่อบริษัท/Company Name : _____
ที่อยู่บริษัท/Company Address : _____

คำชี้แจง:
1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าการเดินทางในครั้งนี้มีได้มีจุดประสงค์เพื่อไปรับการรักษาสุขภาพทางการแพทย์ที่เป็นอยู่แล้ว (Pre-existing Conditions) ข้าพเจ้าทราบดีว่าสภาพทางการแพทย์ที่เป็นอยู่แล้ว (Pre-existing Conditions) จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้
2. ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญานี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลหรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าได้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

Declaration:
1. I, the applicant, declare that the journey is not being made for the purpose of obtaining any medical treatment for pre-existing conditions. I understand that any such pre-existing conditions shall not be covered under this insurance policy.
2. I, the applicant, declare that above statements in this application form are true. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the company cancel this insurance policy. I, besides this, assign Thai Health Insurance Company Limited. to request for any kind of information, or to take a photocopy, regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization on my behalf. A photocopy of this statement shall be valid as the original.

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Signature: _____ วันที่/Date: _____
ตัวแทนนายหน้า//Agent/Broker _____ โทรศัพท์/ Tel. _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)/Warning of Office of Insurance Commission (OIC)
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด หรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ กรุณาติดต่อขอคำแนะนำได้จากบริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่โทรศัพท์ 0 2515 3995 หรือสายด่วน 1186
The Applicant must truthfully answer all the questions in this application form. Any concealment or false statement may result in the insurance company refusing to pay claims, according to The Civil and Commercial Code, Section 865. Any query about the policy can be consulted with Thai Health Insurance Public Company Limited or office of Insurance Commission at Telephone No. 0 2515 3995 or Hot Line 1186