



# 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

## ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางต่างประเทศแบบพิเศษ COMPREHENSIVE TRAVEL ACCIDENT INSURANCE APPLICATION

แบบใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางต่างประเทศแบบพิเศษ  
This Application form is a part of Comprehensive Travel Accident Insurance Policy

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง ..... อายุ ..... ปี  
Name of the Insured ID / Passport No. Age years

ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน ..... อาคาร .....  
Address House No. Village No. / Moo Village / Mooban Building

เลขห้อง / ชั้นที่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
Room No. / Floor Lane / Soi Road

แขวง / ตำบล ..... เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....  
Subdistrict / Tambon District / Amphoe Province

รหัสไปรษณีย์ ..... โทร ..... อาชีพ .....  
Postcode Tel. Occupation

2. ชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง .....  
Covered Person

3. ชื่อผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย .....  
Name of Beneficiary Relationship to Applicant

4. จุดประสงค์ของการเดินทาง  ธุรกิจ  ท่องเที่ยว  ฝึกงาน  เรียน  อื่นๆ ระบุ .....  
Purpose of Traveling Business Pleasure Training Studying Others

จุดหมายปลายทาง .....  
Destination

5. ระยะเวลาประกันภัย ..... วัน เริ่มต้นวัน ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา ..... น.  
Period of Insurance Days From At To At

แผนประกันภัย .....  
Coverage Plan

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

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัทกรุงเทพประกันภัย 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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า ในปัจจุบันข้าพเจ้าและผู้ร่วมเดินทางทุกคนมีสุขภาพดีและไม่มีวัตถุประสงค์ในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลใดๆ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่า สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะไม่ได้รับความคุ้มครอง ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

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 contact 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  
Application's Signature

การประกันภัยโดยตรง     ตัวแทนประกันวินาศภัย     นายหน้าประกันวินาศภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

Direct                                  Agent                                  Broker                                  License No.

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัย ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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 contact to become void under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code and the Company shall have the right to cancel this insurance contract.