

เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์: 0 2665 4000, 0 2290 3333, โทรสาร: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033

Muang Thai Insurance Public Company Limited
252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310
Telephone: 0 2665 4000, 0 2292 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
www.muangthaiinsurance.com, Call Center 1484

ใบคำขอเอาประกันภัยการเดินทางภายในประเทศไทย แบบกลุ่ม “เมืองไทย Happy Passenger” แผน TA ปีนสุข
Registration Form for “Muang Thai Happy Passenger” Domestic Group Travel Insurance

FM-APP-06-158

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย: ชื่อ-นามสกุล..... เบอร์โทรศัพท์..... Policy Holder Name-Surname Telephone No.	ที่อยู่: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... Address Address No. Village Name Moo Soi Road	แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... Sub-District District Province Passcode
2. ผู้เอาประกันภัย: ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... Applicant Name-Surname ID Card No.	วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ..... ปี (ต้องมีอายุ 1-85 ปีเท่านั้น) Date of Birth Age Years	ที่อยู่: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... Address Address No. Village Name Moo Soi Road
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... Sub-District District Province Passcode	โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล..... Home Phone Mobile Phone e-Mail	
3. ผู้รับประโยชน์: <input type="checkbox"/> ทายาทตามกฎหมาย Beneficiary Legal Heir	ที่อยู่: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... Address Address No. Village Name Moo Soi Road	แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... Sub-District District Province Passcode
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล..... Home Phone Mobile Phone e-Mail		
4. เส้นทางเดินทาง: ต้นทาง..... ปลายทาง..... Journey Departure Destination		
5. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ธุรกิจ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... Purpose of Journey Travel/Leisure Business Other (Please Specify)		
6. ประเภทของพาหนะที่ใช้เดินทาง..... เลขที่ตั๋ว/เที่ยวบิน..... เวลา..... น. Travelling Vehicle Ticket/Flight No. At Hours		
7. ระยะเวลาการเดินทาง..... วัน เริ่มตั้งแต่วันที่...../...../..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น. Length of Journey Days Date of Departure At Hours Date of Arrival At Hours		
8. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3 เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท Coverage Plan Plan Plan Plan Total Premium Baht		

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกลีกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ณ วันที่ขอเอาประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง หรือได้รับบาดเจ็บไม่เป็นผู้วิกลจริต และไม่เคยใช้สารเสพติดให้โทษใด ๆ

หมายเหตุ: ความคุ้มครองนี้จะผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

I request to obtain the Insuring Agreement according to the terms and conditions of the Travel Insurance Policy. I declare and warrant that the above answers are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between me and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The Company is entitled to void the policy.

I hereby certify that on the date I am writing the proposal form. I am healthy and do not have any physical deformity or disability: do not have underlying, chronic or dread disease, injury. Mental disorder and have never been addicted to any kinds of drugs.

Remark: The coverage will be enforced after the complete and correct application is approved by the Company.

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

The Applicant's Signature

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม*

Legal Representative's Signature

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี / Legal Representative's Signature in case of Applicant under 20 years old

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิเรียกค่าเสียหายตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder from the Office of Insurance Commission (OIC.)

Please answer all questions truthfully otherwise the Company may have causes to deny liability under the policy per Section 865 of the Civil & Commercial Code

