

## ใบคำขอเอาประกันภัย เมืองไทย เอ็นจอยทราเวล (รายเดี่ยว) / Muang Thai Enjoy Travel Application Form

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อขอเอาประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน) ตามรายละเอียดดังนี้  
I would like to apply for travel abroad insurance with Muang Thai Insurance public company limited as the following details.

แบบประกันภัยที่เลือก Plan Coverage  แบบที่ 1 Plan 1  แบบที่ 2 Plan 2

ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

Paid by

1. ชำระเป็นเงินสด หรือเช็ค โดยส่งจ่ายในนาม บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
และขีดคร่อม (A/C Payee Only) ที่ศูนย์บริการลูกค้าของบริษัทฯ  
Cash or Check, Please cross "A/C Payee Only" and make check payable to "Muang Thai Insurance Plc."  
(Pay at the Customer Service Center of the company)
2. จ่ายเช็ค/ดราฟท์ ขีดคร่อมในนาม "บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)"  
(กรุณาระบุ ชื่อและนามสกุล ลงบนด้านหลังเช็ค/ดราฟท์ พร้อมแนบใบคำขอเอาประกันภัย แล้วส่งโดยไปรษณีย์มายัง  
บมจ.เมืองไทยประกันภัย 252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310)  
Check/Draft, Please cross "Muang Thai Insurance Plc." (Please specify name and last name behind the  
check/draft and attached with this application send by post to "Muang Thai Insurance Plc."  
252 Ratchadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310)
3. บัตรเครดิต (ประเภทวีซ่าและมาสเตอร์การ์ด ทุกธนาคาร)  
Credit Card (VISA, MASTER)
- 3.1 ชำระเบี้ยประกันภัย ด้วยบัตรเครดิตที่สำนักงานใหญ่ ถนนรัชดาภิเษก กรุงเทพฯ  
Pay by Credit Card at Head Office on Ratchadaphisek Road, Bangkok
- 3.2 ยินยอมให้หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร.....  
Allow to debit the Credit Card account ..... Bank
- หมายเลขบัตร ---
- Credit Card No.
- วีซ่า / VISA  มาสเตอร์การ์ด / MASTER CARD
- ชื่อสมาชิกบัตร (ภาษาอังกฤษ) Cardholder's name.....
- วันหมดอายุ(เดือน/ปี) Expired (MM/YY)...../.....
- ลายมือชื่อผู้ถือบัตรเครดิต (Cardholder's Signature).....
- หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ (Telephone No.).....
- แล้วส่งใบคำขอเอาประกันภัยนี้โดยไปรษณีย์มายัง บมจ.เมืองไทยประกันภัย 252 ถนนรัชดาภิเษก  
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 And send this application by mail to "Muang Thai  
Insurance Plc." 252 Ratchadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310)

1. **ผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant)** ชื่อ.....นามสกุล.....  
 (กรุณากรอกชื่อทั้งภาษาไทยและอังกฤษ) Name.....Last Name.....  
**(กรุณากรอกรายละเอียดที่เหลือเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด)**  
 ที่อยู่(Address) เลขที่(No.).....หมู่(Moo).....หมู่บ้าน(Village).....ซอย(Soi).....  
 ถนน(Road).....แขวง/ตำบล(Sub-district).....เขต/อำเภอ(District) .....  
 จังหวัด(Province).....รหัสไปรษณีย์(Zip Code)..... โทรศัพท์(Tel. No) .....  
 โทรสาร(Fax No).....โทรศัพท์มือถือ(Mobile Phone No).....E-Mail Address.....
2. **ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย** : บุคคลหรือนิติบุคคลที่ซื้อกรมธรรม์ให้กับผู้ขอเอาประกันภัย (ถ้ามี).....  
 (Name of the Policy Holder : Individual or corporate who purchase this policy for the Applicant ,if any)  
 ที่อยู่(Address) เลขที่(No.).....หมู่(Moo).....หมู่บ้าน(Village).....ซอย(Soi).....  
 ถนน(Road).....แขวง/ตำบล(Sub-district).....เขต/อำเภอ(District) .....  
 จังหวัด(Province).....รหัสไปรษณีย์(Zip Code)..... โทรศัพท์(Tel. No) .....  
 โทรสาร(Fax No).....โทรศัพท์มือถือ(Mobile Phone No).....E-Mail Address.....
3. **วัน/เดือน/ปีเกิด**(Date of Birth) ...../...../.....(DD/MM/YY)      อายุ(Age).....ปี(Years)  
 อาชีพ/ตำแหน่ง(Occupation).....
4. **ผู้รับประโยชน์**(Beneficiary).....ความสัมพันธ์(Relationship).....
5. **ระยะเวลาประกันภัย**     **รายเที่ยว**    เริ่มต้นวันที่...../...../.....    สิ้นสุดวันที่...../...../.....    รวม.....วัน  
 (Period Insured)    (Short Period)    (From)    (DD/MM/YY)    (To)    (DD/MM/YY)    (Total)    (Days)  
 เที่ยวบินที่เดินทางไป (Depart by Flight No)..... เวลา(At).....น.(am/pm)  
 ประเทศที่เดินทางไป (Country of destination).....  
 **1 ปี**    เริ่มต้นวันที่ ...../...../.....    สิ้นสุดวันที่ ...../...../.....  
 (Annual)    (From)    (DD/MM/YY)    (To)    (DD/MM/YY)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 **Reminder of the Office Insurance Commission (OIC) Please answer all question truthfully otherwise the Company may have causes to deny liability under the Policy per section 865 of the Civil & Commercial Code.**

.....  
 (.....)  
 ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant Signature)  
 .....

หมายเหตุ ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทเรียบร้อยแล้ว

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

(สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ For officer only) ชื่อผู้ส่งงาน..... รหัสผู้ส่งงาน..... โทรศัพท์.....