



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 Ratchadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310
 Telephone: 0 2665 4000, 0 2290 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
 www.muangthaiinsurance.com

ใบคำขอเอาประกันภัย เมืองไทย เอ็นจอย วีซ่า แพลน / Muang Thai Enjoy VISA plan 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.

ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

Paid by

- 1. ชำระเป็นเงินสด หรือเช็ค โดยส่งจ่ายในนาม บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 และชื่วดคร่อม (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/ดราฟต์ ชื่วดคร่อมในนาม "บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)"
 (กรุณาระบุ ชื่อและนามสกุล ลงบนด้านหลังเช็ค/ดราฟต์ พร้อมแนบใบคำขอเอาประกันภัย แล้วส่งโดยไปรษณีย์มายัง
 บมจ.เมืองไทยประกันภัย 252 ถ.รัชดาภิเษก 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 ถ.รัชดาภิเษก 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 ถ.รัชดาภิเษก
 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 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)..... โทรศัพท์บ้าน(Home Tel. No).....
 โทรศัพท์ที่ทำงาน (Office 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)..... โทรศัพท์บ้าน(Home Tel. No).....
 โทรศัพท์ที่ทำงาน (Office 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)
 หมายเลขบัตรประชาชน (ID Card No)..... 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.)
 ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อมิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบ
 ตามสัญญาประกันภัยได้ 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.....