



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์เดินทางไปต่างประเทศ (แบบพิเศษ) "HAPPY Mile Travel" Application Form (Special Travel Abroad Insurance)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอลงทะเบียน เพื่อขอเอาประกันภัยเดินทางไปต่างประเทศกับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
I would like to apply for "HAPPY Mile Travel" with Muang Thai Insurance Public Company Limited

เลขที่ใบคำขอ/Proposal ID

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย/The Policy Holder (โปรดกรอกรายละเอียดทั้งไทยและอังกฤษ) <input type="checkbox"/> บุคคล/Individual <input type="checkbox"/> นิติบุคคล/Corporate	คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน _-_-_-_-_-_-_-_-_-_- ที่อยู่..... Title-Name-Surname..... ID Card No. _-_-_-_-_-_-_-_-_-_- Address..... เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อาชีพ..... โทรศัพท์..... Gender Date of Birth Occupation Telephone ชื่อบริษัท..... เลขทะเบียนนิติบุคคล..... ที่อยู่..... Company's Name..... Company Registration No. Address..... ประเภทธุรกิจ..... โทรศัพท์..... Type of Business Telephone
2. ผู้เอาประกันภัย/Insured กรณีเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1. คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน _-_-_-_-_-_-_-_-_-_- ไม่ต้องกรอกชื่อ/If same as Title-Name-Surname..... ID Card No. _-_-_-_-_-_-_-_-_-_- Policy Holder No. 1, Address..... no need to fill เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อาชีพ..... โทรศัพท์..... Gender Date of Birth Occupation Telephone	
3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่? Do you have Congenital Disease?	<input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ..... Yes, Please Specify
4. ต้องการออกใบเสร็จรับเงินในนาม Issue a Receipt in the Name of	<input type="checkbox"/> ผู้ถือกรมธรรม์ The Policy Holder <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย Insured
5. ผู้รับผลประโยชน์/Beneficiary	1. ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน _-_-_-_-_-_-_-_-_-_- Name-Surname ID Card No. ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์..... Relationship Telephone 2. ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน _-_-_-_-_-_-_-_-_-_- Name-Surname ID Card No. ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์..... Relationship Telephone
6. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง Objective of Journey เดินทางโดย Travel by	<input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว Travel <input type="checkbox"/> ธุรกิจ Business <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... Other, Please Specify <input type="checkbox"/> เครื่องบิน Airplane <input type="checkbox"/> รถโดยสารประจำทาง Bus <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... Other, Please Specify
7. เส้นทางการเดินทาง Journey
8. ระยะเวลาการเดินทาง Length of Journeyวัน เริ่มตั้งแต่วันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา.....น. Days Date of Departure at hours Date of Arrival at hours
9. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง/Type of Policy • คุ้มครองการเดินทางแบบ/Coverage Type <input type="checkbox"/> แบบรายปี/Annual Trip <input type="checkbox"/> แบบรายเที่ยว/Single Trip • แผน/Plan <input type="checkbox"/> Lite Plan <input type="checkbox"/> Smart Plan <input type="checkbox"/> Extra Plan • เขตประเทศที่เดินทาง/Zone <input type="checkbox"/> Worldwide/Schengen <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> AEC • แผนประกันภัย/Plan • เบี้ยประกันภัย/Premiumบาท/Baht อาณาเขตที่ยกเว้นความคุ้มครอง/Excluded Territories Afghanistan, Algeria, Angola, Azerbaijan, Burundi, Cuba, Eritrea, Ethiopia, Haiti, Iran, Iraq, Isarael, Lebanon, Liberia, Libya, North Korea, Pakistan, Palestine, Rwanda, Sudan, Syria, Uzbekistan	

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ณ วันที่ขอเอาประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง หรือได้รับบาดเจ็บ ไม่เป็นผู้วิกลจริต และไม่เคยใช้สารเสพติดให้โทษใดๆ

หมายเหตุ: ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

I request to obtain the Insuring Agreement according to the Terms and Conditions of the International 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 From, I am Healthy and do not have any Physical Deformity or Disability; do not have Underlying, Chronic or Dread Disease, Injury, Metal 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.

..... ulyมือชื่อผู้เอาประกันภัย The Applicant's Signature วันที่/Date/...../..... ulyมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม Legal Representative's Signature วันที่/Date/...../..... ชื่อผู้ส่งงาน รหัสผู้ส่งงาน..... วันที่/Date/...../.....
--	--	---

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
Reminder from the Office of Insurance Commission (OIC): Please answer all Questions truthfully otherwise the Company may have causes to deny Liability under Policy per Section 865 of the Civil & Commercial Code

ห้ามถ่ายเอกสาร