

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางไปต่างประเทศ Travel Plus
Proposal form for "Travel Plus"

1. ผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant : ชื่อ-นามสกุล..... Name - Surname เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว)..... ID/ Passport No. ที่อยู่..... Address โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี Phone/home Phone/mobile Date of Birth (DD/MM/YY) Age years old อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ..... Occupation Job description โรคประจำตัวของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามีโปรดระบุ)..... Underlying Disease (If any)		
2. ผู้รับประโยชน์ : Beneficiary : ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... Name - Surname Relationship to the Applicant		
3. เส้นทางการเดินทาง : ต้นทาง..... ถึงปลายทาง..... Route : From Destination		
4. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง :..... Purpose of the trip :		
5. เที่ยวบินที่.....เวลา.....น. Flight no. Time		
6. ระยะเวลาการเดินทาง: วัน เริ่มต้นวันที่เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา..... น. Length of journey: days Departure date Time Arrival date Time		
7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง แผน..... Would like to buy an insurance plan		
ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท หรือ วัน) Deductibles (Baht or Day)
8. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือโรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)..... Have you ever suffered from/have you ever been treated for/ are you suffering from/ are you presenting symptoms of/have you ever been diagnosed with/have you have ever been prescribed medication and advice for one of the following diseases: epilepsy, heart disease, hypertension, diabetes, bone or muscle disease, cancer, AIDs, HIV or stroke (Cerebral Vascular disease or Intravascular hemorrhage)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (please clarify)..... วันที่.....ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... Date Signature		
<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ Insurance agent Insurance broker License No.		
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) : ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION: Please give truthfully answers to all questions above, otherwise the company may exercise such right of avoidance and deny to pay any compensation in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code		

บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Allianz C.P. General Insurance Public Company Limited

313 อาคาร ซี.พี. ทาวเวอร์ ชั้น 19
ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
โทร. 0 2638 9000 โทรสาร 0 2638 9030
ทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000490

Allianz  **C.P.**

313 C.P. Tower 19th Floor,
Silom Road, Bangrak, Bangkok 10500
Tel. +66 2638 9000 Fax. +66 2638 9030
Registration No./ Tax I.D. 0107555000490