

**ใบคำขอเอาประกันภัย Application**
**กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางไปต่างประเทศส่วนบุคคลคนavig**
**Navakij Individual International Travel Insurance Policy**

<b>1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อและที่อยู่ The Applicant: Name and Address</b>	เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/หนังสือเดินทาง : ID No./Alien certificate/Passport No.  อายุ : Age โทรศัพท์มือถือ : Mobile อีเมล : Email
<b>2. ผู้รับประโยชน์: ชื่อ-นามสกุลและที่อยู่ The Beneficiary: Name and Address</b>	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant
<b>3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่</b> <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี      โปรดระบุ..... Do you have congenital disease?      No      Yes      If your answer "Yes" please provides details.	
<b>4. ประเทศภูมิลำเนา:</b> Domicile	<b>เส้นทางในการเดินทาง:</b> Journey
<b>5. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง:</b> <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ธุรกิจ <input type="checkbox"/> เรียนระยะสั้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) Objective of journey      Leisure      Business      Short Study Courses      Other (Please specify)      (Can select more than 1 item) <b>คุ้มครองการเดินทางแบบ:</b> <u>เดินทางโดย</u> <input type="checkbox"/> รายเที่ยว Single trip <input type="checkbox"/> เครื่องบิน (Airplane) <input type="checkbox"/> รายปี Annual Trip <input type="checkbox"/> รถโดยสารประจำทาง (Bus) <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ Other (Please specify) .....	
<b>6. ระยะเวลาประกันภัย:</b> วัน      เริ่มต้นวันที่      สิ้นสุดวันที่      เวลา      น. Period of Insurance      days      From      To      at      hours	
<b>7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง Type of Policy: แผน Plan.....</b> เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium ..... บาท (Baht)    อากรแสตมป์ Stamps..... บาท (Baht) ภาษี Tax ..... บาท (Baht)    เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium..... บาท (Baht)	
ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คป.ก.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐาน ของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัย ยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการ ชำสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการ พิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้	

The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

The Applicant request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the International Travel Sure Insurance Policy. The Applicant declare and warrant that the above answers are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between the Applicant and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy according the Civil Commercial Code Section 865.

The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

If the insured person does not allow the company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the company reserves the right not to pay such claims.

วันที่.....

(Date)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

(The Applicant's Signature)

( )

การประกันภัยโดยตรง Direct  ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent  นายหน้าประกันวินาศภัย Broker ใบอนุญาตเลขที่ License No. ....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

**WARNING: Office of Insurance Commission (OIC.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นที่จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่ง บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract according the Civil Commercial Code Section 865.