



**海外旅行保険申込書**

(Please fill in a form in English Language)

Application No.....	<b>International Travel Sure Insurance Application Form</b>	Policy No.....
<b>For Personal plan</b>		
<b>ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางสายใจทั่วโลก แบบส่วนบุคคล</b>		
<b>1. The Insured's Information (ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย) : 被保険者情報</b>		
Name Title <b>敬称</b> Name <b>氏名</b> Surname <b>苗字</b>		
Date of Birth <b>生年月日</b> Age <b>年齢</b> Year (s) National ID No. (เลขประจำตัวประชาชน) <b>国民ID番号</b> Passport No. <b>パスポート番号</b>		
Nationality (สัญชาติ) <b>国籍</b> Occupation (อาชีพ) <b>職業</b> Mobile no. <b>携帯電話</b> E-mail <b>Eメール</b>		
Current Address (ที่อยู่ปัจจุบัน): No. <b>番号</b> Moo <b>เลขที่</b> Building /Village <b>บ้านเลขที่</b> Room no. <b>部屋番号</b> Floors <b>階数</b> Alley/Soi <b>ซอย</b>		
Road <b>ถนน</b> Sub district <b>地区</b> District <b>郡</b>		
Province <b>県</b> Country <b>国</b> Zip Code <b>郵便番号</b>		
<b>Beneficiary's Information (ข้อมูลผู้รับประโยชน์) : 受取人情報</b>		
Name Title <b>敬称</b> Name <b>氏名</b> Surname <b>苗字</b> Relationship (ความสัมพันธ์) <b>続柄</b>		
Name Title <b>敬称</b> Name <b>氏名</b> Surname <b>苗字</b> Relationship (ความสัมพันธ์) <b>続柄</b>		
<b>2. Please select the plan of insurance (แผนประกันภัยที่เลือก) 保険プラン選択</b>		
2.1 <input type="checkbox"/> Single trip (รายเที่ยว) <input type="checkbox"/> Annual Multi- trip (รายปี)		
2.2 <input type="radio"/> Diamond Plan <input type="radio"/> Platinum Plan <input type="radio"/> Others Plan, Please specify (อื่นๆ).....		
Total Premium (เบี้ยประกันภัยรวม)..... Baht (บาท) <b>パーツ</b>		
<b>3. Details of the Trip (รายละเอียดการเดินทาง) : 旅行詳細</b>		
Purpose of Trip (วัตถุประสงค์ในการเดินทาง): <input type="checkbox"/> Travel (ท่องเที่ยว) <input type="checkbox"/> Business (ธุรกิจ) <input type="checkbox"/> Study (เรียน) <input type="checkbox"/> Other, Please specify (อื่นๆ).....		
Destination Country (ประเทศจุดหมายปลายทาง) <input type="checkbox"/> Schengen (เชงเก้น) <input type="checkbox"/> Other, Please specify (อื่นๆ).....		
Departure Date (วันที่เดินทางออกจากประเทศไทย)..... Time (เวลา) <b>時間</b> By (เดินทาง โดย): <input type="checkbox"/> Airplane (เครื่องบิน) (Flight No: <b>便名</b> .....)		
Arrival Date (วันที่เดินทางกลับสู่ประเทศไทย)..... Time (เวลา) <b>時間</b> By (เดินทาง โดย): <input type="checkbox"/> Airplane (เครื่องบิน) (Flight No: <b>便名</b> .....)		
Total Period of Insurance (รวมระยะเวลาประกันภัย): <b>何日</b> days (วัน)		
<p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์</p> <p>ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกรดทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV</p> <p>I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the Global chill 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. In addition, I hereby to authorize Dhipaya Insurance PCL., to obtain any information on the medical history and physical condition of my doctors, hospitals, Medical clinic or any other organization with my record and health. Include facts about the blood test to detect the virus, HIV.</p> <p style="text-align: center;"><b>申告および同意</b></p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p> <p>The Insured hereby authorize the Company to store, use and disclose the information relating to (my health and) information of the Insured to Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits of insurance business governance.</p>		
<b>被保険者署名</b> The Insured's Signature .....	<b>サイン</b>	<b>Date (วันที่ขอเอาประกันภัย)</b>
(ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย) (.....)	(.....)	<b>日付</b>
<input type="checkbox"/> ประกันภัยตรง/Direct <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย/Agent <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย/Broker <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่/License No. ....		
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</p> <p>ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> <p>WARNING: Office of Insurance Commission (OIC) 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 and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865.</p>		

