

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ และอุบัติเหตุ ระหว่างเดินทางต่างประเทศทั่วโลก

Application for World-Wide Travel Health Insurance

กรณีต้องการกรมธรรม์ประกันภัยและใบเสร็จในนามบริษัท if require policy and receipt to be insured under.

ชื่อบริษัท ภาษาอังกฤษ Company name:

ที่อยู่บริษัท Company Address:

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: นาย/ นาง/ นส.

ชื่อภาษาอังกฤษ Insured person: Mr. / Mrs. / Miss

ที่อยู่ปัจจุบัน Place of Residence:

รหัสไปรษณีย์ Zip code:

โทรศัพท์บ้าน Home Tel: โทรศัพท์มือถือ Mobile:

ที่อยู่ภูมิลำเนา Home country address:

วันเดือนปีเกิด Date of Birth:...../...../..... อีเมล Email:

Passport No. / ID Card No.:..... สัญชาติ Nationality:

เดินทางไปประเทศ Destination:..... ท่องเที่ยว Leisure ไปทำงาน Business ไปศึกษา Education อื่นๆ Other

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary: ความสัมพันธ์ Relationship:

ที่อยู่ Address: โทรศัพท์ Tel:

ผู้ขอรับความคุ้มครองเพิ่มเติม (ถ้ามี) Other person to be covered (If any):.....

2. Mr./Mrs./Ms..... วันเกิด Date of Birth:

Passport No. /ID Card No.:..... สัญชาติ Nationality:

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary:..... ความสัมพันธ์ Relationship:

3. Mr./Mrs./Ms..... วันเกิด Date of Birth:

Passport No. /ID Card No.:..... สัญชาติ Nationality:

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary:..... ความสัมพันธ์ Relationship:

ความคุ้มครอง Cover selected: Period plan / ระยะสั้น แผน..... ANNUAL PLAN / รายปี แผน

วันเดินทาง Date insurance to commence: Date...../ Month/ Year

ระยะเวลา For:.....วัน Days.....จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม Total Premium:.....บาท/ Baht

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) จัดเก็บ ใช้และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ
สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้า มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่
กรมสรรพากรกำหนด

ไม่มีความประสงค์

คำชี้แจง:

1. ข้าพเจ้าทราบดีว่าความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ มิได้ครอบคลุมถึงการเดินทางเพื่อไปรับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เดิมหรือต้องรักษาเพิ่ม
หรือรักษาอาการที่เป็นมาแต่กำเนิดจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2. ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากต่อแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท อลิอันซ์
อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ออกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการ
รักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า
สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

Declaration:

1. It is hereby declared that the journey is not being made for the purpose of obtaining any medical treatment for any existing, recurring or congenital medical conditions and that I understand that any such pre-existing conditions shall not be insured.
2. All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and I understand that Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited (the Company), believing them to be such, will rely on them. I, do hereby, appoint the Company as the Attorney-in-fact to request a photocopy or any kinds of information of my health record or health conditions from any physician or health care provider or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

ลงชื่อ Signature วันที่ Date...../...../.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) : Caution - Office of Insurance Commission (OIC)

ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
The Insured should answer all questions truthfully. If the Insured conceals a fact or make a false statement, it will result in this insurance contract being voidable, which the Company has the right to cancel the insurance contract pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code.