



ใบคำขอเอาประกันภัยสมาร์ต ไทยแลนด์ ทราเวลเลอร์ Smart Thailand Traveller Application

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางในประเทศเพื่อบุคคลและกลุ่มทั่วไป
Domestic Travel Accident Insurance for Individual or Group

1. รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย The Policyholder			
ชื่อ-นามสกุล Name - Surname			
เลขที่บัตรประชาชน/พาสปอร์ต ID Number/ Passport Number		วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth (DD/MM/YY)	
ที่อยู่ปัจจุบัน Address			
โทรศัพท์ Telephone		อีเมล E-mail	
2. ประเภทการเดินทางท่องเที่ยวและเส้นทางการเดินทาง Type of Travel and Journey			
☐ บุคคล Individual			
☐ กลุ่ม Group			
*กรุณาแนบข้อมูลของผู้เอาประกันภัย ได้แก่ ชื่อ-สกุล, เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือพาสปอร์ต, วัน/เดือน/ปี เกิด, ผู้รับผลประโยชน์และความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย *Please, attach the Insured details, Name-Surname, ID number or Passport Number, Date of Birth, Beneficiary and relationship with the Insured.			
ประเภทการเดินทางท่องเที่ยว Type of Travel		เส้นทางการเดินทาง Destination	
ภายในประเทศไทย (Domestic) บุคคลที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทย (Inbound)			
3. ระยะเวลาเอาประกัน Period of Insurance			
ระยะเวลาประกันภัย Period of Insurance	วัน Days	เริ่มต้นวันที่ From	สิ้นสุดวันที่ To
4. แผนที่เลือก Choose Plan			
☐ แผน 1 Plan 1	☐ แผน 2 Plan 2	☐ แผน 3 Plan 3	☐ แผน 4 Plan 4



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใดที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

I hereby certify that all the details given above are correct and this insurance application will form the basis of an insurance contact between myself and the Company. I allow the Company to reveal information about the insurance contact to the company, organization or other authorized person who regulate the insurance industry.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

This document is not an insurance agreement. You will be entitled to coverage upon receipt of a confirmation from the company.

(_____)
ลงลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย
Policyholder's Signature

(_____)
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant's Signature

(_____)
ลงลายมือชื่อแทนโดยชอบธรรม
Representative's signature

_____/_____/____

วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน / เดือน / ปี)
Date of application (DD/MM/YYYY)

☐ การประกันภัยโดยตรง
Direct

☐ ตัวแทนประกันภัยวินาศภัย
Agent

☐ นายหน้าประกันภัยวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____
Broker License No. _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from the Office of the Insurance Commission (the OIC)

All the question must be answered truthfully. Otherwise, the Company will be able to decline the claim under insurance contact according to section 865 of the Civil and Commercial Code.