

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางสำหรับนักเรียนหรือนักศึกษาที่ไปศึกษาในต่างประเทศ
Proposal form for "Overseas Student Travel Insurance Policy"

1. ผู้ขอเอาประกันภัย
 Applicant
 ชื่อ-นามสกุล
 Name - Surname
 เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/หนังสือเดินทาง
 ID No./ Alien certificate/ Passport No.
 ที่อยู่
 Address
 โทรศัพท์บ้าน
 Phone/home
 โทรศัพท์มือถือ
 Phone/mobile
 วัน/เดือน/ปีเกิด
 Date of Birth (DD/MM/YY)
 อายุ ปี
 Age years old
 เพศ ชาย หญิง
 Gender Male Female
 อาชีพ นักศึกษา
 Occupation Student
 โรคประจำตัวของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามีโปรดระบุ)
 Underlying Disease (If any)

2. ผู้รับประโยชน์
 Beneficiary
 ชื่อ-นามสกุล
 Name - Surname
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
 Relationship to the Applicant

3. เส้นทางการเดินทาง : ต้นทาง
 Route : From
 ถึงสถาบันการศึกษา
 to Educational Institution
 ประเทศ
 Country

4. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง : การศึกษาในสถาบันการศึกษานอกประเทศไทย
 Purpose of the trip : Studying overseas, outside Thailand

5. เที่ยวบินที่
 Flight no.
 เวลา น.
 Time

6. ระยะเวลาการศึกษานอกประเทศไทย : วันเริ่มต้นวันที่
 Length of overseas studying : days
 วันเริ่มต้นวันที่
 Departure date
 เวลา น.
 Time
 วันสิ้นสุดวันที่
 Return date
 เวลา 16.30 น.
 Time 16.30 hrs.

7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง แผน.....
 Would like to buy an insurance plan

ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	ความรับผิดชอบแรก (บาท หรือ วัน) Deductibles (Baht or Day)

8. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือ
 คำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ
 โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือโรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี 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)?

No Yes (please clarify).....

วันที่.....ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....
Date Signature

ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่
Insurance agent Insurance broker License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ 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