

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทางไปต่างประเทศ (International Travel Insurance)

Travel Care +

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)

(ภาษาอังกฤษ)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ..... สัญชาติ..... หมายเลขหนังสือเดินทาง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ภาษาอังกฤษ).....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....

อาชีพ..... ลักษณะงาน

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (ภาษาอังกฤษ)

ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ผู้รับประโยชน์ คนที่ 3 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

แผนประกันภัย รายเที่ยว (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ความคุ้มครอง)

ความคุ้มครองหลัก Travel Care (ภาคบังคับ)

ความคุ้มครองเพิ่มเติม Flight Secure

ความคุ้มครองเพิ่มเติม Property Safe

ระยะเวลาการเอาประกันภัย รวมวัน เริ่มต้นวันที่..... สิ้นสุดวันที่.....เวลา 24.00 น.

ประเทศจุดหมายปลายทาง.....ทวีป.....เที่ยวบินขาออก.....

ข้อตกลงและเงื่อนไข

1. ผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เดินทางโดยขัดต่อคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
2. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือพิการ
3. ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดเงื่อนไขและข้อยกเว้นต่างๆที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยทุกประการ
4. ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก) เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย หรือ องค์กรที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับบริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เมื่อมีการร้องขอ

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมว่าสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะไม่ได้รับความคุ้มครอง
- ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจและตกลงยินยอมว่ากรรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับใช้ได้เมื่อบริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้ตอบรับและออกกรรมธรรม์ประกันภัยให้แล้ว ข้อมูลต่างๆที่ได้ระบุแจ้งไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะถือเป็นสัญญาขั้นพื้นฐานในการขอทำประกันภัยกับทางบริษัทฯ
- ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถขอเอาประกันภัยสูงสุดได้เพียง 1 กรรมธรรม์ในเวลาเดียวกัน

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

บัตรเครดิต หมายเลขบัตรเครดิต - - -

ชื่อ-นามสกุลผู้ถือบัตร..... บัตรหมดอายุ.....

ลายมือชื่อผู้ถือบัตร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานสัญญา ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ทั้งนี้บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการพิจารณา รับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

.....
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

.....
วันที่

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ
จะมีผลทำให้สัญญานี้ตกเป็น โมฆียะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย
และ/ หรือใช้สิทธิบอกล้างสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865