

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิ์ บอกล้างสัญญาประกันภัย ได้ตามประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION:

Give answers to all questions below truthfully otherwise the company may have cause to deny liability under the Policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial Code.

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย / Details of The Proposer :

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / The Proposer's Name

ที่อยู่ปัจจุบัน / Address

เลขที่บัตรประชาชน / ID No.

เลขที่หนังสือเดินทาง / Passport No.

วัน / เดือน / ปีเกิด / Date of Birth อายุ / Age ปี / Years

โทรศัพท์ / Telephone มือถือ / Mobile Phone

อีเมล / Email Address

อาชีพ / Occupation

ชื่อผู้รับประโยชน์ และ ที่อยู่ / The Beneficiary's Name & Address

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย / Relationship to the Proposer

รายละเอียดเกี่ยวกับการเดินทาง / Details of the Trip:

วัตถุประสงค์ของการเดินทาง ท่องเที่ยว ติดต่อธุรกิจ เรียน อื่นๆ

ประเทศปลายทาง
Destination Countries

วันที่เดินทางออกจากประเทศไทย เวลา เดินทางโดย เครื่องบิน (เที่ยวบินที่)
Date of Departure from Thailand Time Travel By Airplane Flight No.

อื่นๆ

วันที่เดินทางกลับสู่ประเทศไทย เวลา เดินทางโดย เครื่องบิน (เที่ยวบินที่)
Date of Arrival to Thailand Time Travel By Airplane Flight No.

อื่นๆ

ระยะเวลาเดินทาง / Period of Travel วัน / Days เบี้ยประกันภัย / Premium บาท / Baht

แผนประกันภัยที่เลือก / Insurance Plan Selected

แผนรายเที่ยว (Single Trip) Asia Easy 1 Easy 2 Easy 3 Easy VISA
 Worldwide

แผนรายปี (Annual Trip) Worldwide Easy 1 Easy 2 Easy 3

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่ได้เดินทางไปเพื่อรับการรักษาพยาบาลใดๆ คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง
และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ

I warrant that : I am in good health, have no any disabilities and not travelling for medical treatment. The above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me / us and the company.

ติดต่อ ศูนย์บริการลูกค้า เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย
โทรศัพท์ : 02 788 9009
แฟกซ์ : 02 716 6613
อีเมล : online@th.msig-asia.com

.....
(ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Proposer's Signature)

วันที่...../...../.....
Date

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่