PACIFIC CROSS

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง ออลอินวัน
Travel Insurance - All In One Proposal Form

1. ผู้ขอเอาประกันภัย Insured Person :
ชื่อ-นามสกุล Name
เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว)/เลขหนังสือเดินทาง ID No. / Alien certificate / Passport No.
ที่อยู่ Address
โทรศัพท์บ้าน Home Phone โทรศัพท์มือถือ Mobile Phone
วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth อายุ Age ปี Years old อาชีพ Occupation
โรคประจำตัวของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามีโปรดระบุ) Underlying disease (Please specify)

2. ผู้รับประโยชน์ Beneficiary :
ชื่อ-นามสกุล Name ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Insured

3. เส้นทางการเดินทาง :
Journey :

4. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง : ☐ ท่องเที่ยว ☐ ธุรกิจ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
Objective of journey Travel Business Other (Please specify)

5. เดินทางโดย : ☐ เครื่องบิน Airplane ☐ รถโดยสารประจำทาง Bus ☐ อื่นๆ โปรดระบุ Other, please specify

6. ระยะเวลาการเดินทาง : วัน เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.
Length of Journey Days Date of Departure at hours Date of Arrival at hours

7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง Type of Policy ☐ รายเที่ยว Single trip ☐ รายปี Annual trip
แผน Plan .....

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย Insuring Agreement / Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย(บาท) Sum Insured (Baht)	ความรับผิดส่วนแรก (บาทหรือวัน) Deductible (Baht / Day)	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of this Insurance Policy. I declare and warrant that the above answers are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between me and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The Company is entitled to void the Policy.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I do hereby allow the Company to file, use and disclose information of my health condition and personal data to Office of Insurance Commission (OIC) for Insurance Regulator.

วันที่..... ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....
(Date) (The Applicant's Signature) ( )

☐ การประกันภัยโดยตรง **Direct** ☐ ตัวแทนประกันภัย **Agent** ☐ นายหน้าประกันภัย **Broker** ใบอนุญาตเลขที่ **License No.**

<u>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</u>

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

<u>WARNING : Office of Insurance Commission (OIC.)</u>

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865.