



บริษัท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ (NZI)
Safety Insurance Public Company Limited – New Petchburi Road Branch (NZI)

1550 ชั้น 24 อาคารธนูมิ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0 2207 0266 โทรสาร 0 2207 0575 ถึง 76

24th Floor Thanapoom Tower, 1550 New Petchaburi Road, Makkasan, Ratchtevi, Bangkok 10400 T 66 2 207 0266 F 66 2 207 0575 to 76



NZI, a division of Safety Insurance

ใบคำขอเอาประกันภัยการเดินทางไปต่างประเทศ / Application form of Outbound Travel Insurance

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1 | ชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้ถือกรมธรรม์ / Name of the Insured/Policy Holder: | | | | | |
| | ที่อยู่ปัจจุบัน / Address: | | | | | |
| | วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth: ____/____/____ | อาชีพ / Occupation: | โทรศัพท์ / Phone Number : | | | |
| | สัญชาติ / Nationality If the Applicant is not Thai, are you normally living in Thailand? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No How long have you lived in Thailand? _____ Years | | | | | |
| | หมายเลขหนังสือเดินทาง / Passport Number: | | อีเมล / Email : | | | |
| หมายเลขบัตรประชาชน / Identification Number : | | | | | | |
| 2 | ชื่อผู้รับผลประโยชน์ / Name of the Beneficiary: | | ความสัมพันธ์ / Relationship: | | | |
| | ที่อยู่ / Address: | | โทรศัพท์ / Phone Number: | | | |
| 3 | เริ่มต้นวันที่ / Effective Date From: | ถึงวันที่ / To: | ระยะเวลาคุ้มครอง / Up to: | วัน / days | | |
| 4 | จุดหมายปลายทาง / Destination: | | เที่ยวบินที่ / Flight No.: | | | |
| 5 | วัตถุประสงค์ในการเดินทาง / Purpose of Trip: | | | | | |
| 6 | แผนความคุ้มครอง Coverage Plan | <input type="radio"/> *Go Asia | <input type="radio"/> Go Visa | <input type="radio"/> Go Grand | <input type="radio"/> Go Prime | <input type="radio"/> Go Supreme |
| | ประเทศที่ไม่คุ้มครอง / Excluded Countries: | Afghanistan, Africa (except Republic of South Africa, Egypt, Morocco, Kenya, Namibia and Botswana), Azerbaijan, Cuba, India, Iraq, Kyrgyzstan, Lebanon, Libya, Nicaragua, North Korea, Pakistan, Palestine, Syria, Talisman, Turkmenistan and Uzbekistan. | | | | |
| 7 | ชื่อคู่สมรสและบุตร (กรณีเดินทางพร้อมครอบครัว) / Name of Spouse and Children (in case of family trip) | อายุ / Age | ชื่อผู้รับผลประโยชน์ / Name of the Beneficiary | ความสัมพันธ์ / Relationship | | |
| | 1. | | | | | |
| | 2. | | | | | |
| 8 | ปัจจุบันท่านมี หรือได้สมัครประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยการเดินทางหรือไม่ ถ้ามีกรุณาให้รายละเอียด / Do you have or have proposed for Life or Personal Accident or Travel Insurance with any other Company? If so, please provide details. | | | | | |
| | บริษัทประกันภัย / Insurance Company | ประเภทของประกันภัย / Type of Insurance | จำนวนเงินเอาประกันภัย / Sum Insured | | | |
| 9 | ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ โปรดระบุ / Have you had any pre-existing condition? please provide details: _____ ภายใน 2 ปีก่อนการเดินทาง ท่านได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคใดหรือไม่ โปรดระบุ Have you had any pre-existing medical treatment within 2 yrs. prior to traveling? please provide details: _____ | | | | | |
| ข้าพเจ้าขอรับรอง ณ ที่นี้ว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ดีและปราศจากการพิการใดๆ ทางร่างกาย / I hereby declare that I am now in good health and free from any physical defects or infirmity. | | | | | | |
| ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ หรือโรงพยาบาล สถานพยาบาล ซึ่งได้เคยตรวจรักษาข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติการรักษา ต่อบริษัท หรือตัวแทนของบริษัท เพื่อประกอบการพิจารณาใบสมัครหรือการจ่ายสินไหม / Consent to Release Medical Information : I authorise any hospital, medical centre, doctor, practitioner, physician or specialist who has treated me, to release all information in relation to such treatment and any known medical history to the Company, or their agents or representatives, to assist with the processing of this application form and any subsequent claims | | | | | | |
| ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / Applicant's Signature: | | | | วันที่ / Date: | | |

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.): ผู้เอาประกันภัยจะต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทฯ ผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 / **Warning: Reminder of Office of Insurance Commission:** Give answer to questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial code.