บริษัท ศรีอยุธยาประกันภัย จำกัด (มหาชน)
THE AYUDHYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

ศรีอยุธยาประกันภัย
THE AYUDHYA INSURANCE

คำขอการประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับบุคคลและกลุ่มทั่วไป

APPLICATION FOR TRAVEL ACCIDENT INSURANCE FOR INDIVIDUAL OR GROUP OF TOURISTS

☐ บุคคล ☐ กลุ่มทั่วไป

1. ผู้ถือกรมธรรม์ : ชื่อและที่อยู่ The Policyholder : Name and Address

2. ผู้เอาประกันภัย : ชื่อและที่อยู่ The Insured : Name and Address

เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/หนังสือเดินทาง:
ID No. /Alien certificate/ Passport No.
อายุ : Age โทร : Tel

3. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย:
Relationship to the Insured

4. เส้นทางการเดินทาง : Journey เที่ยวบินที่ Flight No. จุดหมายปลายทาง Destination

5. ระยะเวลาประกันภัย : Period of Insurance : วัน days เริ่มต้นวันที่ From เวลา at น. hours สิ้นสุดวันที่ to เวลา at น. hours

6. จำนวนจำกัดความรับผิด : กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะผลของความบาดเจ็บทางร่างกายในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น
Limit of Liability : This policy affords coverage only with respect to such result from bodily injury for which a sum insured is stated

ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured (Baht)	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)
ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability		
ข้อ 2. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง Item 2. Medical Expenses Each Accident		
	เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่ม Additional Premium	
	เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium	
	อากร Stamps	
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT	
	เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium	

7. ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้ายที่แนบติด :
Insuring Agreement / Endorsement attached

8. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือ กับบริษัทอื่นหรือไม่
What Life or Accident Insurance do you now carry or have you applied for ?

บริษัท Company	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured :	วันที่ออกกรมธรรม์ Date issued
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

☐ ตัวแทน ☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้ .....ใบอนุญาตเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรอง ณ ที่นี้ว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ดี และปราศจากการพิการใด ๆ ทางร่างกาย
I hereby declare that I am now in good health and free from any physical defects or infirmity.

.....

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant's Signature

บริษัท ศรีอยุธยาประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 898 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ ชั้น 7 ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
The Ayudhya Insurance Public Company Limited
898 Ploenchit Tower, 7th Floor, Ploenchit Rd., Kwang Lumpini, Khet Pathumwan, Bangkok 10330
Tel. 0-2263-0335 Fax. 0-2263-0589 www.ayud.co.th