

**MSIG Insurance (Thailand) Co., Ltd.**1908 Petchburi Road, Bangkapi, Huay Kwang, Bangkok. 10310  
Tel.(66) 0-2788-8888 Fax.(66) 0-2718-1502**บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด**1908 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์ 0-2788-8888 โทรสาร 0-2718-1502 www.msig-thai.com**MSIG****ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับบุคคลและกลุ่มทั่วไป  
Travel Accident Insurance for Individuals or Groups Application Form**

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ และที่อยู่ (สำหรับการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางเป็นกลุ่มหรือหมู่คณะ) The Policyholder's Name and Address (For Group Travel Proposal)	
2. ชื่อผู้เอาประกันภัย และที่อยู่ (สำหรับการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางคนเดียว) The Insured's Name and Address* (For Individual Travel Proposal)	เลขบัตรประชาชน/ใบสำคัญคนต่างด้าว/หนังสือเดินทาง ID/Alien Certificate/Passport No.  วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี Date of Birth _____ Age _____ years  อาชีพ Occupation _____
3. ชื่อผู้รับประโยชน์ และที่อยู่ (สำหรับการเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางคนเดียว) The Beneficiary's Name & Address* (For Individual Travel Accident Proposal)	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Insured
4. เส้นทางการเดินทาง จาก _____ จุดหมายปลายทางที่ _____ Journey Details From: _____ Destination: _____	
5. ระยะเวลาประกันภัยรวม _____ วัน เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น. Period of Insurance _____ days From _____ at _____ hours To _____ at _____ hours	
6. รายละเอียดเกี่ยวกับการเดินทาง Details of the trip เดินทางโดย <input type="checkbox"/> เครื่องบิน <input type="checkbox"/> รถโดยสาร <input type="checkbox"/> เรือโดยสาร <input type="checkbox"/> รถไฟ <input type="checkbox"/> รถส่วนตัว <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____ Travel by Air plane Bus Ship Train Private Car Other, please specify _____ สายการบิน _____ เที่ยวบินที่ _____ จุดหมายปลายทาง _____ Airline Flight No. Destination	
7. แผนประกันภัยที่เลือก _____ <input type="checkbox"/> รวมฆาตกรรมและลอบทำร้าย <input type="checkbox"/> ไม่รวมฆาตกรรมและลอบทำร้าย Insurance Plan Selected Including Murder & Assault Excluding Murder & Assault	
8. จำนวนเงินเอาประกันภัยสำหรับการสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง _____ บาท Sum Insured for Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sights or Total Permanent Disability Baht	ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง _____ บาท Medical Expenses for Each Accident Baht เบี้ยประกันภัยรวม _____ บาท Total Premium Baht
9. ความคุ้มครองเพิ่มเติมที่ต้องการ Additional Coverage (Please indicate) <input type="checkbox"/> การถูกฆาตกรรมและลอบทำร้ายร่างกาย Murder and Assault <input type="checkbox"/> การเล่นหรือแข่งกีฬาอันตราย Hazardous sports <input type="checkbox"/> การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Motorcycle Accident <input type="checkbox"/> การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ Being a passenger in a non-commercial aircraft. <input type="checkbox"/> ไม่รวมการถูกฆาตกรรมและลอบทำร้ายร่างกาย No Murder and Assault	
10. สำหรับการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางเป็นกลุ่มหรือหมู่คณะ ให้แนบรายการข้อที่ 2, และ 3 มาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัยนี้ด้วย *For a Group Travel Accident Proposal, please attach a list for Items No. 2* and 3* above together with this proposal form.	

**กรุณาคอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง**  
Please answer the following questions.

11. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? Do you have or have you applied for any other Personal Accident Insurance or Life Insurance with the Company or any other company?	<input type="checkbox"/> ไม่มี (No) <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ (Yes) บริษัท Company _____	ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง If yes, please state จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured _____
12. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? Have you ever been denied (on application or renewal), had cancelled or had additional premiums or conditions imposed for any Life Insurance or Personal Accident Insurance?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) บริษัท Company _____	ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please give details จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured _____
13. ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? Do you drive or ride as a passenger on motorcycle?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)
14. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? Do you take or consume alcohol?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)
15. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? In the past two years, have you ever sustained any accidental bodily injury that has required hospitalization?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes)	ถ้าเคยโปรดแจ้ง (If yes, please give details) ระยะเวลา (Period of Treatment) _____ ลักษณะการบาดเจ็บ (Nature of Injury) _____ ผลการรักษา (Result of Treatment) _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา (Physician/Hospital or Polyclinic) _____
16. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? Do you have or have you ever been treated for? ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsions) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Muscular Skeletal) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV)	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) <input type="checkbox"/> เคย (Yes)
17. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? Do you have any eyesight or hearing problems?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please give details:	<input type="checkbox"/> มี (Yes)
18. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่? Do you have any disabilities?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please give details:	<input type="checkbox"/> มี (Yes)
19. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? Have you ever taken narcotic drugs?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) ถ้าเคย โปรดระบุ If yes, please give details:	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
20. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? Have you ever been sentenced for dealing in narcotics?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) ถ้าเคย โปรดระบุ If yes, please give details:	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท**  
I/We warrant that 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.

.....  
)  
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์  
Written by

.....  
(  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
Proposer's Signature

.....  
(  
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
Legal Representative's Signature

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.  
Date.....

ตัวแทน  
Agent

นายหน้าประกันภัยรายนี้  
Broker

ใบอนุญาตเลขที่  
License No. \_\_\_\_\_

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**REMINDER FROM OFFICE OF INSURANCE COMMISSION:**

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