

**Application From of Travel Care**  
ใบคำขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล .....

Name .....

วันเดือนปี (เกิด) Date of birth ...../...../..... อายุ Age..... เพศ Sex  ชาย Male  หญิง Female

อาชีพ Occupation .....

เลขที่บัตรประชาชน ID Card..... หนังสือเดินทาง Passport .....

ที่อยู่ Address .....

รหัสไปรษณีย์ Post Code..... โทรศัพท์ Tel..... โทรสาร Fax.....

สถานภาพ Status  โสด Single  สมรส Marriage

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ Name of beneficiary .....

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Proposer .....

ที่อยู่ Address..... โทรศัพท์ Tel.....

วันที่ออกเดินทาง Departure date..... วันที่สิ้นสุดการเดินทาง Return date.....

ระยะเวลาเดินทาง Period of travel.....วัน Days จุดหมายปลายทาง Destination.....

แผนประกันภัยที่ท่านเลือก โปรดระบุโดยทำเครื่องหมาย ✓ Insurance Plan selected (Please indicate with ✓ )

แผน A  แผน B  แผน C  แผน D  แผน E

เบี้ยประกันภัย Premium ..... บาท Baht

ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ที่ : ชื่อ Name..... โทรศัพท์ Tel.....

ที่อยู่ Address.....

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย Signature.....

วันที่ Date.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: โปรดตอบคำถามตามความจริงทุกประการมิฉะนั้นบริษัทอาจ  
ถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

NOTE FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

IMPORTANT NOTE PURSUANT TO: ARTICLE 865 OF THE CIVIL & COMMERCIAL CODES, YOU ARE TO DISCLOSE IN THIS PROPOSAL  
FROM FULLY, ALL THE FACTS WHICH YOU KNOW OR OUGHT TO KNOW, OTHERWISE THE POLICY ISSUED HERE MAY BE VOID.