



## ใบคำขอทำประกันอุบัติเหตุเดินทาง

วันที่ขอทำประกัน .....

ชื่อผู้เอาประกัน ..... เลขที่บัตร ..... โทร .....

ที่อยู่ ..... รหัสไปรษณีย์ .....

## รายละเอียดการขอทำประกัน

- จำนวนคนเดินทางทั้งหมด ..... คน    ทุนประกันภัย ..... บาท    ค่ารักษาพยาบาล ..... บาท
- เริ่มออกเดินทาง วันที่.....เวลา ..... กลับวันที่.....เวลา.....
- เริ่มเดินทางจาก ..... จุดหมายปลายทาง .....
- เดินทางโดย ..... เที่ยวบิน ..... วัตถุประสงค์การเดินทาง .....

## อัตราเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุเดินทาง (รวมภาษีอากร)



ทุนประกัน	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
ค่ารักษาพยาบาล	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000
ระยะเวลาเดินทาง	เบี้ยประกันภัยแบบมีค่ารักษาพยาบาล				
ไม่เกิน 2 วัน	12	23	37	49	62
ไม่เกิน 3 วัน	18	36	54	72	90
ไม่เกิน 7 วัน	35	70	106	141	177
ไม่เกิน 15 วัน	54	109	163	217	271
ไม่เกิน 30 วัน	104	209	314	419	525

## เงื่อนไขการรับประกัน

- ผู้เอาประกันต้องมีอายุระหว่าง 1- 85 ปี
- แพ็คเกจใบคำขอ / ใบโอนเงิน / รายชื่อผู้ร่วมเดินทาง มาที่ MD
- กรมธรรม์ขั้นต่ำ 258 บาท

บริษัทที่ส่งทำ **ประกันคุ้มครองภัย**

เบี้ยรวมภาษีอากร ..... ยอดโอน .....

การขอรับกรมธรรม์     มารับด้วยตนเอง     จัดส่งให้สมาชิก     จัดส่งให้ลูกค้าประกันภัย  
...คือใจได้

ชื่อบัญชี บริษัท เอ็มดี อินชัวร์ โบรคเกอร์ (วินาศภัย) จำกัด

- ธนาคารกรุงเทพ 165-5-74265-6 สาขา รังสิต
- ธนาคารกสิกรไทย 441-2-37811-9 สาขา คลอง 2 ธัญบุรี
- ธนาคารกรุงไทย 148-0-30258-9 สาขา รังสิต-นครนายก คลอง 4

วันที่เริ่มความคุ้มครอง .....

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ .....วันที่.....

ชื่อสมาชิก .....

เจ้าหน้าที่แจ้งงาน .....วันที่.....

รหัส MD..... โทร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ บริษัท เอ็มดี อินชัวร์ โบรคเกอร์ (วินาศภัย) จำกัด