

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....(ชื่อ).....(นามสกุล)
 วันเดือนปีเกิด...../...../.....(วัน / เดือน / ปี) อายุ.....ปี
 อาชีพ.....
 ที่อยู่ในประเทศไทย.....
 อำเภอ.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....(บ้าน).....(บริษัท)
(มือถือ) อีเมล.....

หมายเหตุ : ถ้าคุณเลือกแผนประกันภัยสำหรับครอบครัว กรุณาแจ้งรายละเอียดของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มเติมในเอกสารแนบ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ในกรณีฉุกเฉิน, กรุณาแจ้งชื่อแพทย์, คลินิกหรือโรงพยาบาลและบุคคลอื่นที่สามารถติดต่อได้
 ชื่อ (แพทย์ / คลินิก / โรงพยาบาล).....โทรศัพท์.....
 ชื่อ (บุคคลที่ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน).....โทรศัพท์.....

รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ / นามสกุล.....
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
 หมายเหตุ : ถ้าต้องการมีผู้รับผลประโยชน์มากกว่า 1 คน สามารถแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารแนบ

รายละเอียดการเดินทาง / แผนความคุ้มครอง

แผนประกันภัยที่เลือก รายปี รายเที่ยว
 (ถ้าคุณเลือกแผนการเดินทางแบบรายเที่ยว, โปรดกรอกข้อมูลเส้นทางการเดินทาง)
 ครอบครัว บุคคล
 ประเภทของแผนประกันภัย GOLD PLATINUM DIAMOND

เส้นทางการเดินทาง.....
 วันเดินทางออกจากประเทศไทย...../...../.....วัน / เดือน / ปี
 วันเดินทางกลับถึงประเทศไทย...../...../.....วัน / เดือน / ปี
 ระยะเวลาเอาประกันภัย.....วัน
 หมายเหตุ : กรมธรรม์ฉบับนี้จะเริ่มต้นคุ้มครองตั้งแต่วันที่เดินทางออกจากประเทศไทยจนถึงวันเดินทางกลับถึงประเทศไทย

คำยืนยัน

กรุณาอ่านรายละเอียดข้างล่างและลงลายมือชื่อและวันที่
 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าอาศัยอยู่ในประเทศไทย และมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือความผิดปกติใดๆ
 2. ข้าพเจ้ายอมรับว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้จะไม่คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากสภาพความผิดปกติทางการแพทย์ที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย

...../...../.....
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....วัน / เดือน / ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย :
 โปรดอ่านคำถามข้างต้นด้วยความจริงจังทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดหรือความเท็จ หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จ จะมิได้รับสัญญาคุ้มครองเป็นประโยชน์ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

SECTION A Details of the Proposer

Name.....(First / Middle Name).....(Family Name)
 Date of Birth...../...../.....(dd / mm / yy) Age.....
 Occupation.....
 Home Address in Thailand.....
 City.....Postcode.....
 Contact.....(House No.).....(Office No.)
(Mobile No.) E-mail Address:.....

Note : If you opt for Family Plan, please provide details of the members on a separate piece of paper.

EMERGENCY CONTACT(S)

In case of emergency, please provide names of your doctor, clinic or hospital and any other person who can be contacted.
 Name (doctor / clinic / hospital).....Contact No.
 Name (emergency contact).....Contact No.

SECTION B Details of Beneficiary

Name.....(First / Middle Name).....(Family Name)
 Relationship with the Policyholder.....
 Note: If you require more than one (1) beneficiary, please provide additional details on a separate piece of paper.

SECTION C Travel Details / Choice of Plan

Insurance Plan Selection Annual Single Trip
 (If you choose Single Trip, please complete section on Overseas Destination)
 Family Individual
 Type of Plan GOLD PLATINUM DIAMOND
 Overseas Destination(s).....
 Date of Departure from Thailand...../...../.....(dd / mm / yy)
 Date of Return to Thailand / Arrival...../...../.....(dd / mm / yy)
 Total number of days covered..... day(s)

Note: This Policy will commence from the date of departure from Thailand provided above up to the date of return to Thailand.

SECTION D Declaration

Please read the declarations carefully and sign and date below.
 1. I declare I reside in Thailand and am in good health and free from any physical defects or infirmities.
 2. I also understand this insurance does not provide cover for any pre - existing medical conditions.

...../...../.....
 Proposer's Signature.....Date

Important Warning from Office of Insurance Commission :
 Pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code of Thailand, you are to disclose in this Proposal Form, fully and faithfully, all the facts that you know or ought to know. Otherwise, the policy issued hereunder may be void and the Company has the right to deny any claim.

ชื่อสมาชิก รหัสสมาชิก โทร.
 การรับกรมธรรม์ มารับด้วยตนเอง จัดส่งสมาชิก จัดส่งลูกค้า

ชื่อบัญชี บริษัท เอ็มดี อินซัวร์ โบรคเกอร์ (วิสาหกิจ) จำกัด
 1. ธนาคารกรุงทพ 165-5-74265-6 สาขา รัชสิต
 2. ธนาคารกสิกรไทย 441-2-37811-9 สาขา คลอง 2 รัชบุรี
 3. ธนาคารกรุงไทย 148-0-30258-9 สาขา รัชสิต-นครนายก คลอง 4

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ.....วันที่.....
 เจ้าหน้าที่แจ้งงาน.....วันที่.....
 สำหรับเจ้าหน้าที่ บริษัท เอ็มดี อินซัวร์ โบรคเกอร์ (วิสาหกิจ) จำกัด