

Travel Guard® International

ใบคำขอเอาประกันภัย การเดินทางต่างประเทศ

Travel Insurance Application

เกี่ยวอกอุ่นใจกับ
Travel Guard®
มีทีมแพทย์ดูแลคุณ
24 ชั่วโมงทั่วโลก



Travel Guard® ช่วยคุณได้อย่างไร

- ศูนย์บริการช่วยเหลือฉุกเฉินเครือข่ายทั่วโลก 24 ชม.
(Global Emergency Assistant Center)
- ดูแลด้วยภาษาไทยและอีก 28 ภาษา
(Service in Thai and 28 different languages)
- รักษาพยาบาลทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย
(Medical overseas & in Thailand)
- ใช้ขอวีซ่าเชงเก้นได้
(for Schengen Visa Application)



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวร์นส์

ชั้น 12A และชั้น 21-23 อาคารสยามทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์ และสอบถามการพิจารณาสินไหมทดแทน: 0-2649-1999

โทรสาร: 0-2649-1998

แนะนำติชมการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน: 0-2649-1596

ส่วนที่ 1 - ข้อมูลผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder Information

เพื่อความสะดวกในการใช้กรมธรรม์เพื่อขอวีซ่า และยื่นให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างเป็นภาษาอังกฤษ

ชื่อ-สกุลผู้ถือกรมธรรม์ (นาย / นาง / น.ส. / นิติบุคคล) _____
 Policy Holder Name (Mr./Mrs./Ms./Organization Name)

ที่อยู่: เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ ชั้น _____ ซอย _____ ถนน _____
 Address: No. Moo Village / Building Floor Soi Road

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 Sub-district District Province Postcode

หมายเลขบัตรประชาชน / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร _____ วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) _____ / _____ / _____
 ID Card No. / Tax ID No. Date of Birth (A.D.)

เบอร์มือถือ 0 _____ เบอร์โทรศัพท์ 0 _____ อีเมล _____
 Mobile Telephone No. E-mail

ส่วนที่ 2 - ข้อมูลการออกใบรับเบี้ยประกันภัย Premium Receipt Information

ข้อมูลเดียวกับผู้ถือกรมธรรม์ | Same as above Policy Holder Information

บุคคลธรรมดา Individual นิติบุคคล Organization ชื่อที่ระบุใบรับเบี้ย _____
 Name

ที่อยู่: เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ ชั้น _____ ซอย _____ ถนน _____
 Address: No. Moo Village / Building Floor Soi Road

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 Sub-district District Province Postcode

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร _____ เบอร์มือถือ 0 _____
 Tax ID No. Mobile

ส่วนที่ 3 - ข้อมูลสำหรับการรับประกันภัย Policy information

โปรดระบุเครื่องหมาย หน้าแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือก | Insurance plan selected (Please indicate by check)

รายปี | Annual Plan A Plan B Plan C

รายเที่ยว | Short Term: • Asia Plan A Plan B Plan C Plan D
 • Worldwide Plan A Plan B Plan C Plan D

วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง _____ / _____ / _____ วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง _____ / _____ / _____ ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ วัน
 Effective Date Expiry Date Duration up to days

ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____ หรือหากไม่ระบุจะให้แก่ ทายาทโดยธรรม (Insured's Estate)
 Name of Beneficiary Relationship

ชื่อสกุลผู้ติดต่อ _____ ความสัมพันธ์ _____ โทรศัพท์ 0 _____
 Contact Person Relationship Telephone No.

จุดหมายปลายทาง (ประเทศ) _____ เที่ยวบิน _____ เบี้ยประกันภัย _____ บาท
 Destination (Country) Flight Premium Baht

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____ / _____ / _____
 Insured Signature Date

สำหรับกรมธรรม์กลุ่มกรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง For group policy, please fill in information belows

- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) _____ / _____ / _____
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน _____
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) _____ / _____ / _____
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน _____
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) _____ / _____ / _____
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน _____
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) _____ / _____ / _____
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน _____
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) _____ / _____ / _____
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน _____
 ID Card No.

6. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) / /
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน
 ID Card No.

7. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) / /
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน
 ID Card No.

8. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) / /
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน
 ID Card No.

9. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) / /
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน
 ID Card No.

10. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) _____ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) / /
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)
 หมายเลขบัตรประชาชน
 ID Card No.

เลือกรับข่าวสารอื่นๆ Preferred Occupancy

กรุณาเลือก Please select

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล Personal Accident Insurance

ประกันภัยการเดินทาง Travel Insurance

ประกันภัยรถยนต์และประกันภัย พ.ร.บ.รถยนต์ Automobile Insurance

ประกันภัยอุบัติเหตุแบบกลุ่ม Group Personal Accident Insurance

ประกันภัยอุบัติเหตุการเดินทางแบบกลุ่ม Group Travel Insurance

ประกันอัคคีภัยเพื่อที่อยู่อาศัย Home and Personal Property Insurance

ข้อตกลงและเงื่อนไข

1. ผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เดินทางโดยขัดคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
2. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือพิการ
3. ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนด เงื่อนไขและข้อยกเว้นต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยทุกประการ
4. ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก) เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย หรือ องค์การที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับทางบริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินซัวร์นซ์ เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เอาประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมว่าหากที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะไม่ได้รับความคุ้มครอง
6. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจและตกลงยินยอมว่ากรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับใช้เมื่อทางบริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินซัวร์นซ์ (บริษัทฯ) ได้ตอบรับและออกกรมธรรม์ประกันภัยให้แล้ว ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับแจ้งไว้ในใบสมัครนี้จะถือเป็นสัญญาขั้นพื้นฐานในการขอทำประกันภัยกับทางบริษัทฯ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมให้บริษัทฯ รวมถึงบริษัทในเครือและผู้รับโอนสิทธิ์และ/หรือหน้าที่จากบุคคลดังกล่าวเปิดเผยหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการให้บริการหรือผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัย หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดที่ไม่ขัดห้ามตามกฎหมาย ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ใช้หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพทมือถือ และ/หรือที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ที่ได้ไว้ในบริการเลขหมายบริการหรือผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ และ/หรือคู่ค้าของบริษัทฯ และ/หรือตัวแทนและคณบดีของบริษัทฯ อาจขอหมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพทมือถือ และ/หรือที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์หรือเรียกดูค่าตอบแทนหรือค่าเสียหายใดๆ ไม่ว่าจะกรณีใดจากบริษัทฯ หรือผู้ทำการแทนที่ได้รับโอนสิทธิ์และหน้าที่ของบริษัทฯ ด้วย
7. ผู้เอาประกันภัยสามารถขอประกันภัยนี้ได้เพียง 1 กรมธรรม์ในเวลาเดียวกัน

เอกสารนี้มีใช้ผูกมัดประกันภัย และไม่ได้เป็นสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความ เงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ในภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อไว้ กรุณาอ่านและทำความเข้าใจข้อตกลง เงื่อนไขและข้อยกเว้นในกรมธรรม์ประกันภัยจาก www.travelguard.in.th ก่อนตัดสินใจซื้อ

Terms & Conditions

1. The Proposed Insured(s) is/are not traveling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment
2. The Proposed Insured(s) is/are in good health, free from all physical impairment and deformity
3. The Proposed Insured(s) is/are aware of and agree(s) to abide by the Policy's terms, conditions and exclusions, which are set out in the Policy
4. The Proposed Insured(s) agree(s) and authorize(s) any medical source (including hospitals and clinics), insurance officer or any other organization to release to New Hampshire Insurance Company ("NHI") at any time any information concerning the Proposed Insured(s) if required
5. The Proposed Insured(s) agree(s) that pre-existing medical conditions are not covered by the insurance
6. The Proposed Insured(s) understand(s) and agree(s) that no insurance is in force until the application is accepted by New Hampshire Insurance Company ("NHI") (collectively "Company") and a Policy is issued pursuant thereto. However, all warranties, declarations and disclosures contained in the application shall form the basis of the contract of insurance with the Company. The Proposed Insured(s) agree(s) and authorize(s) that the Company including its affiliates and assignees may reveal or exchange the information given hereto in order to offer services or products that is considered beneficial to the Proposed Insured(s) or for any other matter not prohibited by law. The Proposed Insured(s) agree(s) that the Company may use its telephone number, mobile phone number and/or email address given herewith in order to offer other services or products of the Company or its business partners and acknowledge that the Company may assign any third party to contact the Proposed Insured(s) for such purpose. The Proposed Insured(s) also agree(s) that it will not revoke this consent or ask for any compensation from the Company or the assignee.
7. The Proposed Insured(s) can hold the Travel Insurance only 1 policy per trip.

The brochure is not a contract of insurance, all benefits and sum insured are subject to the policy terms, conditions and exclusion and to the limits indicated under the selected plan.

Please be sure to read and understand the policy terms, conditions and exclusions on www.travelguard.in.th prior to making a decision.

สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Only

ลูกค้าตรง Direct ตัวแทน Agent นายหน้าประกันภัย Broker บริษัทนำเที่ยว Travel agent

ชื่อ-นามสกุล _____ ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน _____
 Name-Surname License No. Producer Code

อีเมล _____ มือถือ _____
 Email Mobile No.

หมายเหตุ / Remark:
 • กรุณาส่งเอกสารการโอนค่านี้อย่างน้อยก่อนเดินทางอย่างน้อย 1 วัน / Please submit Pay-In Slip to the company at least 1 day before departure date.
 • อีเมล/E-mail: callcenter.th@iag.com หรือ / โทรฯหมายเลข / Fax No. 0 2649 1998

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.): ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865
 Reminder of Office of Insurance Commission (OIC): Give answer to questions above truthfully, otherwise the company may have caused to deny liability under policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial code.