

# Travel Guard® Domestic

ใบคำขอเอาประกันภัย อุบัติเหตุการเดินทาง

Travel Insurance Application



## Travel Guard® ช่วยคุณได้อย่างไร

- ราคาเบาๆ เริ่มต้น 10บาท/วัน (Value for money)
- คุ้มครองทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Inpatient-Outpatient)
- ค่ารถพยาบาลจากอุบัติเหตุจ่ายให้ (Evacuation)

## ทำไมควรให้ AIG ดูแลคุณ

- ศูนย์บริการช่วยเหลือฉุกเฉินเครือข่ายทั่วโลก 24 ชม. (Global Emergency Assistant Center)
- ดูแลด้วยภาษาไทยและอีก 28 ภาษา (Service in Thai and 28 different languages)
- ใช้งานได้ทรมธรรมิเร็ว ตลอด 24 ชม. (Online e-Policy)



### บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวรันส์

ชั้น 12A และชั้น 21-23 อาคารสยามทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์ และสอบถามการพิจารณาสินไหมทดแทน: 0-2649-1999  
โทรสาร: 0-2649-1998  
แนะนำติชมการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน: 0-2649-1596

**ส่วนที่ 1 - ข้อมูลผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder Information**

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

กรณีนิติบุคคล  สำนักงานใหญ่  สาขาที่ (ตาม ภ.พ.20) \_\_\_\_\_  
 For Organization Head Office Branch No. (In VAT Registration)

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 - ข้อมูลการออกใบกำกับภาษี Tax Invoice Information**

ข้อมูลเดียวกับผู้ถือกรมธรรม์ | Same as above Policy Holder Information

บุคคลธรรมดา  นิติบุคคล ชื่อที่ระบุใบกำกับภาษี \_\_\_\_\_  
 Individual Organization Tax Invoice Name

กรณีนิติบุคคล  สำนักงานใหญ่  สาขาที่ (ตาม ภ.พ.20) \_\_\_\_\_  
 For Organization Head Office Branch No. (In VAT Registration)

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 

แผน A | Plan A

ผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย   Benefits & Premium	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/> A5	<input type="checkbox"/> A6	<input type="checkbox"/> A7
1. การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล   Personal Accident	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	700,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ   Accident Medical Expense	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
เบี้ยประกันภัยต่อวัน   Premium per Person per Day	10	14	20	25	31	42	59

แผน B | Plan B

ผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย   Benefits & Premium	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> B4	<input type="checkbox"/> B5	<input type="checkbox"/> B6	<input type="checkbox"/> B7
1. การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล   Personal Accident	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	700,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ   Accident Medical Expense	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน   Accident Evacuation	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
เบี้ยประกันภัยต่อวัน   Premium per Person per Day	13	17	23	28	34	45	62

หมายเหตุ: เบี้ยประกันภัยข้างต้นยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (7%) และอากร (0.4%) The above premium are exclusive VAT (7%) & Stamp Duty (0.4%)

เบี้ยประกันภัยขั้นต่ำต่อ 1 กรมธรรม์ 260 บาท (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% และอากร 0.4%)

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

ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ หรือหากไม่ระบุให้แค่ ทายาทโดยธรรม (Insured's Estate)  
 Name of Beneficiary Relationship

ชื่อสกุลผู้ติดต่อ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ 0 \_\_\_\_\_  
 Contact Person Relationship Telephone No.

เดินทางจาก \_\_\_\_\_ จุดหมายปลายทาง \_\_\_\_\_ เที่ยวบิน \_\_\_\_\_  
 Travel from Destination Flight

วัตถุประสงค์ในการเดินทาง \_\_\_\_\_ จำนวนผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ เบี้ยประกันภัย (สุทธิ) \_\_\_\_\_ บาท  
 Purpose of Trip Number of Applicant Premium (Net) Baht

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_  
 Insured Signature Date

**สำหรับกรมธรรม์กลุ่มกรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง For group policy, please fill in information belows**

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)

หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.

2. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)

หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.

3. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)

หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.

