

Travel Guard® Overseas Student

ใบคำขอเอาประกันภัยการเดินทางสำหรับนักเรียนและนักศึกษาที่ไปศึกษาต่างประเทศ

Travel Insurance Application

พ่อแม่อุ่นใจ
เรียนไกลก็ไร้กังวล



Travel Guard® ช่วยคุณได้อย่างไร

- รักษาพยาบาลทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย (Medical Overseas & in Thailand)
- ชดเชยค่าเล่าเรียน (Tuition Fee)
- ครอบคลุมกว่า 160 ประเทศทั่วโลก (Worldwide)

ทำไมควรให้ AIG ดูแลคุณ

- ศูนย์บริการช่วยเหลือฉุกเฉินเครือข่ายทั่วโลก 24 ชม. (Global Emergency Assistant Center)
- ดูแลด้วยภาษาไทยและอีก 28 ภาษา (Service in Thai and 28 different languages)
- ง่ายได้ทรมธรรมี่เร็ว 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

เพื่อความระมัดระวังในการใช้กรมธรรม์เพื่อขอวิชา และยื่นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ 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 _____ เบอร์โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
 Mobile Telephone No. E-mail

ส่วนที่ 2 - ข้อมูลการออกใบรับเบี้ยประกันภัย Premium Receipt Information

ข้อมูลเดียวกับผู้ถือกรมธรรม์ | Same as above Policy Holder Information

บุคคลธรรมดา Individual นิติบุคคล Organization ชื่อที่ระบุใบใบรับเบี้ย _____
 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 _____
 Tax ID No. Mobile

ส่วนที่ 3 - ข้อมูลสำหรับการรับประกันภัย Policy information

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

ระยะเวลาประกันภัย Period of Insurance	PLATINUM PLAN	PREMIER PLAN	BASIC PLAN
ไม่เกิน 6 เดือน Up to 6 months	<input type="checkbox"/> 20,607	<input type="checkbox"/> 10,422	<input type="checkbox"/> 7,524
ไม่เกิน 12 เดือน Up to 12 months	<input type="checkbox"/> 41,212	<input type="checkbox"/> 20,842	<input type="checkbox"/> 15,046
ไม่เกิน 18 เดือน Up to 18 months	<input type="checkbox"/> 61,819	<input type="checkbox"/> 31,264	<input type="checkbox"/> 22,568
ไม่เกิน 24 เดือน Up to 24 months	<input type="checkbox"/> 82,424	<input type="checkbox"/> 41,684	<input type="checkbox"/> 30,090

วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง _____ วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง _____
 Effective Date Expiry Date

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

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

ประเทศที่จะไปศึกษา _____ ชื่อโรงเรียน / มหาวิทยาลัย _____
 Country of Study Name of Overseas Institution

ที่อยู่ในต่างประเทศ _____
 Overseas Address

สำหรับค่าผลประโยชน์ชดเชยต่าง ๆ นอกเหนือจากผลประโยชน์ชดเชยสำหรับการสูญเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุที่ผู้เอาประกันภัยเรียกร้องจากบริษัท ขณะที่ยังศึกษาอยู่ในต่างประเทศนั้น ผู้เอาประกันภัยประสงค์ให้บริษัท ชดเชยค่าสินไหมในนาม | For the reimbursements (Except Personal Accidental Coverage) that insured Person has settled claim with the company while the studying abroad will be paid to

ผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary บุคคลอื่น (ระบุชื่อ) _____
 Other (Name)

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____
 Insured Signature Date

- ข้อตกลงและเงื่อนไข
- ผู้เอาประกันภัยมิได้เดินทางโดยยึดคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางกรแพทย์
 - ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือพิการ
 - ผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนด เงื่อนไขและข้อกำหนดต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยในทุกประการ
 - ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก) เจ้าหน้าที่ของบริษัทรักษา หรือ องค์การที่เกี่ยวข้องมีคุณสมบัติข้อมูลให้ทางบริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์นส์ เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เอาประกันภัย
 - ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมว่าสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะไม่ได้รับความคุ้มครอง
 - ผู้เอาประกันภัยเข้าใจและตกลงยินยอมว่ากรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับใช้ได้เมื่อทางบริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์นส์ ("บริษัท") ใต้ถอนรับและออกกรมธรรม์ประกันภัยให้แล้ว ข้อกล่าวหาที่โต้แย้งในใบสมัครนี้จะถือเป็นสัญญาขั้นพื้นฐานในการขอเอาประกันภัยทางบริษัท ผู้เอาประกันภัยจะตกลงยินยอมให้บริษัท รวมถึงบริษัทในเครือและผู้รับโอนสิทธิ์และ/หรือหน้าที่จากบุคคลดังกล่าวเปิดเผยหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการหรือผลิตภัณฑ์ของบริษัท เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัย หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ต้องห้ามตามกฎหมาย ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท ใช้หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรสารมือถือ และ/หรือที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการแก่บริษัท หรือใช้ในการติดต่อหาหรือค้นหาที่อยู่ใด ๆ ไม่จำกัดจากบริษัท หรือผู้ทำการแทนที่ได้รับโอนสิทธิ์และหน้าที่ของบริษัท ด้วย
 - ผู้เอาประกันภัยสามารถขอประกันภัยได้เพียง 1 กรมธรรม์ในเวลาเดียวกัน

เอกสารนี้ใช้สำหรับเอาประกันภัย และไม่ได้เป็นสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความ เงื่อนไข และข้อกำหนดที่ระบุไว้ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อไว้ กรุณาอ่านและทำความเข้าใจข้อตกลง เงื่อนไขและข้อกำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยจาก www.travelguard.in.th ก่อนตัดสินใจซื้อ

Terms & Conditions

- The Proposed Insured(s) is/are not traveling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment
- The Proposed Insured(s) is/are in good health, free from all physical impairment and deformity
- 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
- 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 ("NHIC") at any time any information concerning the Proposed Insured(s) if required
- The Proposed Insured(s) agree(s) that pre-existing medical conditions are not covered by the insurance
- 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 ("NHIC") (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 assigns 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.
- The Proposed Insured(s) can hold the Travel Insurance only 1 policy per trip.

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

ประกันอัคคีภัยที่อยู่อาศัย
Home and Personal Property Insurance

สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Only

ลูกค้าตรง
Direct

ตัวแทน
Agent

นายหน้าประกันภัย
Broker

บริษัทนำเที่ยว
Travel agent

ชื่อ-นามสกุล
Name-Surname

ใบอนุญาตเลขที่
License No.

รหัสตัวแทน
Producer Code

อีเมล
Email

มือถือ
Mobile No.

0

หมายเหตุ / Remark:

- กรุณาส่งเอกสารการโอนค่าเบี้ยประกันภัยมายังบริษัทก่อนเดินทางอย่างน้อย 1 วัน / Please submit Pay-In Slip to the company at least 1 day before departure date.
- อีเมล/E-mail: callcenter.th@aig.com หรือ / or โทร/หมายเลข / 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.

รับประกันภัยโดย
บริษัท นิวแฮมฟิวเออร์ อินชัวร์นส์