RESET

No signature required. Fill out and email

SUBMIT FORM

LMG Pacific Healthcare

TRAVEL INSURANCE APPLICATION FORM / ใบคำขอเอาประกันภัยเดินทาง

Traveling out of Thailand

Room 1206, 12th Fl., Liberty Square, 287 Silom Rd.,
Bangrak, Bangkok 10500. Tel: 631-1582-4 Fax:631-1580
Email (Sales): sales@ lmgpacific.com Email (Claims): claims@ lmgpacific.com
Website: www.lmgpacific.com

Agent Code/ตัวแทน AG03091

Copy of passport ID or Thai ID required.

Name of Applicant _____ Telephone: _____

Address _____ Fax: _____

Itinerary _____

Departing From _____

Passport Country _____ Passport No. _____ Departing Flight No. _____

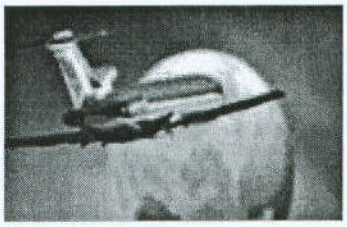
Insurance period starting on _____ For _____ Days Return Flight No. _____

Name of Insured Person(s) รายชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง	Sex เพศ	Date of Birth วัน เดือน ปีเกิด	Name of Beneficiary ชื่อผู้รับผลประโยชน์	Relationship to applicant ความสัมพันธ์

(MUST BE THE SAME AS YOUR PASSPORT)

POLICY PREMIUM

PLAN	INDIVIDUAL	INSURED + 1	INSURED + 2 OR MORE
DIAMOND			
GOLD			
SILVER			



(For optional sports cover of the above plans, multiply policy premium by 2)

PLAN	INDIVIDUAL	FAMILY
VISA		

(VISA plans are for visa application only)

Method of payment:

1. Cheque # _____ Bank _____ Branch _____
2. Account name : **LMG Pacific Healthcare Account # 00100675514**
   Bank transfer dated _____ To Standard Chartered Bank, Sathorn Branch,
3. Payment through our Authorized Agent Kanokwan Dabbs
4. **Directly to our** LMG Pacific Healthcare **office located at Liberty Square, 287 Silom Rd., Bangrak, Bangkok 10500. Tel: 0-2631-1582-4**

I / We hereby apply for the insurance set out in the Master Policy referenced hereon, and warrant that no journey is being undertaken for the purpose of obtaining treatment for any existing illness, injury, or medical condition from which I/We may be suffering. I/We further warrant that I/We have been given the opportunity to read the Master Policy referenced hereon.

ข้าพเจ้าผู้ขอรับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้ ขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อสัญญาเงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวแล้ว และขอรับรองว่าการเดินทางในครั้งนี้ ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อไปรับการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือสภาพทางร่างกายที่เป็นอยู่ก่อน

Applicant' Signature / ลายเซ็นผู้ขอเอาประกัน _____ **Date / วันที่** _____

คำเตือนของสำนักงานประกันภัย กระทรวงพาณิชย์: กรุณาตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริง มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุ ปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865	**WARNING BY Insurance Department, Ministry of Commerce: The Applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance company refusing to honour insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.**

*การประกันภัยชนิดนี้เป็นแบบเพิกถอนมิได้และไม่มีการคืนเบี้ยประกันหลังจากออกกรมธรรม์ ***This Insurance is non cancelable and no refund is made after issuance of policy.**