



TRAVEL INSURANCE APPLICATION FORM / ใบคำขอเอาประกันภัยเดินทาง

Agent Code/ตัวแทน AG03091

Name of Applicant : Mr / Mrs / Miss / Ms
ชื่อผู้สมัคร นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ

Given Names :
ชื่อแรก

Surname :
นามสกุล

Date of Birth :
วันเดือนปีเกิด

Home Address :
ที่อยู่ปัจจุบัน

Phone :
โทรศัพท์

Fax :
แฟกซ์

Mobile :
มือถือ

E-mail :
อีเมล

Passport Country :
ประเทศที่ถือหนังสือเดินทาง

Passport No. :
หมายเลขหนังสือเดินทาง

Visa Type for Thailand :
ประเภทของวีซ่าสำหรับประเทศไทย

List Countries to be visited :
รายชื่อประเทศที่จะเดินทางไป

Departing From :
ประเทศที่เดินทางออก

Date of Departure :
วันที่ออกเดินทาง

Date of Return :
วันที่เดินทางกลับ

Period of Journey :
ระยะเวลาเดินทาง

Departing Flight No. :
หมายเลขเที่ยวบินขาออก

Return Flight No. :
หมายเลขเที่ยวบินขาเข้า

Days Months
วัน เดือน

INSURED PERSON(S) ผู้ได้รับความคุ้มครอง

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 ชื่อจะต้องสะกดเหมือนกับในหนังสือเดินทาง)

POLICY PREMIUM ค่าเบี้ยประกันภัย

PLAN แผน	INDIVIDUAL รายเดี่ยว	INSURED + 1 ผู้ได้รับความคุ้มครอง และครอบครัว 1 ท่าน	INSURED + 2 OR MORE ผู้ได้รับความคุ้มครอง และครอบครัว 2 ท่านขึ้นไป
DIAMOND ไดมอนด์			
GOLD โกลด์			
SILVER ซิลเวอร์			

PLAN แผน	INDIVIDUAL รายเดี่ยว	FAMILY ครอบครัว
VISA วีซ่า		

(VISA plans are for visa application only แผนวีซ่าสำหรับใช้ขอวีซ่าเท่านั้น)

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

<ul style="list-style-type: none"> 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. I authorize any doctor or health care provider to provide LMG Pacific Healthcare with information concerning my current or past medical history. I have read the Privacy Notice and I consent to the collection, use and disclosure of my personal information by LMG Pacific Healthcare to such person and for such purposes stated in the Privacy Notice. I / We acknowledge that this policy does not automatically provide cover for pre-existing medical conditions. I / We agree to abide with the terms and conditions of this policy and confirm that the above information is correct. 	<ul style="list-style-type: none"> ข้าพเจ้าผู้ขอรับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ฉบับนี้ ขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อสัญญาเงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวแล้ว และขอรับรองว่าการเดินทางในครั้งนั้น ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อไปรับการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือสภาพทางร่างกายที่เป็นอยู่ก่อน ข้าพเจ้าอนุญาตให้แพทย์ พยาบาลหรือสถานพยาบาลเอเวอรรวมใด ๆ ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ แอลเอ็มจี แอปซิฟิค เซลท์แคร์ ข้าพเจ้าเข้าใจ และอนุญาตให้แอลเอ็มจี แอปซิฟิค เซลท์แคร์ เก็บ, ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเพื่อจุดประสงค์ของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าขอยอมรับว่ากรมธรรม์นี้ไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย ข้าพเจ้าตกลงปฏิบัติตามข้อตกลงและเงื่อนไขของกรมธรรม์นี้ และขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง
--	---

Applicant' Signature / ลายเซ็นผู้ขอเอาประกัน

Date / วันที่

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 honors insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.

คำเตือนของสำนักงานประกันภัย กระทรวงพาณิชย์: กรุณาตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริง มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธการรับประกันภัยตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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

*การประกันภัยชนิดนี้เป็นแบบเพิกถอนมิได้และไม่มีการคืนเบี้ยประกันภัยหลังจากออกกรมธรรม์