วันที่ .....

# ใบคำขอเอาประกันภัย / Application Form

เพื่อความสะดวกในการใช้กรมธรรม์เพื่อขอวีซ่า และยื่นให้กับหน่วยงานที่เยี่ยวข้องในต่างประเทศ กรุราการอกข้อมูลด้านล่างเป็นภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้ขอเอาประกัน *(ภาษาอังกฤษ)* Mr./ Mrs./ Ms. _____
Insured Person

ที่อยู่: เลขที่ _____ หมู่ _____ 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 / หมายเลขพาสปอร์ต _____ วัน / เดือน / ปีเกิด *(ค.ศ.)* [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
ID Card No. / Passport No. Date of Birth *(A.D.)*

โทรศัพท์ *(ที่บ้าน)* 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (มือถือ) 0 8 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] อีเมล์ _____
Telephone No. *(Residence)* (Mobile) E-mail

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

โปรดระบุเครื่องหมาย ✔ หน้าแผนคุ้มครองที่ท่านเลือก / 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

ระยะเวลาเอาประกันภัยจำนวน _____ วัน เริ่มต้นวันที่ [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] สิ้นสุดวันที่ [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
Duration up to Days Effective Date Expiry Date

เที่ยวบิน _____
Flight

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ _____ ความสัมพันธ์ _____ โทรศัพท์ 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
Contact Person Relationship Telephone No.

จุดหมายปลายทาง (ประเทศ) _____ เบี้ยประกันภัย ไม่ต้องกรอก _____ บาท
Destination (Country) Premium Baht

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย _____ วันที่ [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
Insured Signature Date

สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff Only

☐ ตัวแทน / Agent ☐ นายหน้าประกันภัย / Broker ☐ บริษัทนำเที่ยว / Travel Agent

ชื่อ / Name นางอังคณา หิรัญเกิด ใบอนุญาตเลขที่ / License No. _____

รหัสตัวแทน *(Producer Code)* [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] อีเมล์ / E-mail anghir@kku.ac.th

โทรศัพท์ *(ที่ทำงาน)* 0 4 3 3 4 8 3 9 7 *(มือถือ)* 0 8 1 9 6 5 1 3 3 8 ID Line 0848529298
Telephone No. *(Office)* *(Mobile)*

คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย กระทรวงการคลัง / Reminder of Office of Insurance Commission, Ministry of Finance :
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 / 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.

หมายเหตุ / Remark: • กรุณาส่งเอกสารการโอนค่าเบี้ยประกันภัยมายังบริษัทก่อนเดินทางอย่างน้อย 1 วัน / Please submit Pay-In Slip to the company at least 1 day before departure date;
• อีเมล์ / E-mail: callcenter.th@aig.com หรือ / or แฟกซ์หมายเลข / Fax No. 0 649 1998

## หมายเหตุ

1.ขอให้กรอก(ชื่อ-สกุล) ทั้งภาษาไทย และ อังกฤษ (วงเล็บคณะของนักศึกษาด้วย)

2. อื่น ๆ กรอกเป็นภาษาไทย

3. แนบสำเนาหนังสือเดินทาง

ลงชื่อ .....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้รับผิดชอบ/ผู้แทน/ผู้ประสานงาน