

ใบคำขอเอาประกันภัย / Application

ชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ถือกรมธรรม์
Name of Applicant / Policyholder

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 / หมายเลขพาสปอร์ต _____ วัน / เดือน / ปีเกิด (ค.ศ.) _____ / _____ / _____
ID Card No. / Passport No. Date of Birth (A.D.)

โทรศัพท์ (ที่บ้าน) _____ มือถือ _____ อีเมล _____
Phone No.(Residence) (Mobile) E-mail

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

เดินทางจาก _____ จุดหมายปลายทาง _____
Travel from Destination

วัตถุประสงค์ในการเดินทาง _____ จำนวนผู้เอาประกันภัย _____ เบี้ยประกัน(สุทธิ) _____
Purpose of Trip Number of Applicant Premium (net)

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ _____ ความสัมพันธ์ _____ โทรศัพท์ _____
Contact Person Relationship Phone No.

โปรดระบุแผนและทุนประกันโดยทำเครื่องหมาย Please select plan and Sum Insured by a tick

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%)
เบี้ยประกันภัยขั้นต่ำ ๓๐1 กรมธรรม์ 260 บาท (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% และอากร 0.4%)

ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ / Written by _____ ลายมือชื่อผู้เอาประกัน / Applicant's Signature _____ วัน/เดือน/ปี / Date _____

สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff Only

ตัวแทน / Agent นายหน้าประกันภัย / Broker บริษัทนำเที่ยว / Travel Agent

ชื่อ / Name _____ โทรศัพท์ _____
ชื่อ / Name Telephone No.

อีเมล / E-mail _____ โทรศัพท์ (มือถือ) _____
E-mail Telephone No. (Mobile)

สำหรับกรมธรรม์กลุ่มกรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง
For group policy, please fill in information belows

- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number
- คำนำหน้าชื่อ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด(ค.ศ.) _____
Title Given Name Surname Date of Birth (A.D.)

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ บัตรประจำตัวประชาชน National ID
ID Type บัตรประจำตัวข้าราชการ Government ID

เลขที่บัตร _____ พาสปอร์ต Passport
ID Number

www.easynsurance4u.com

T.02-637-9999 ต่อ 27633-02 634-5079

M.08-6533-7199, 08-2076-4666

Email : voradaj@easynsurance4u.com

“ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจเราเป็นผู้ดูแลความสบายใจให้กับท่านและครอบครัว”

วิธีการสั่งซื้อ (Order Method)





กรอก ใบคำขอเอาประกัน หรือ ใบสมัคร ให้ถูกต้อง โดย ผู้เอาประกันภัย จะต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทฯ ผู้รับประกันภัย ปฏิเสธการจ่ายเงินค่า สินไหม ทดแทน ตามสัญญาประกันภัย ตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

- ในการระบุผู้รับผลประโยชน์ ต้องเป็นผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย กัน เช่น ตนเอง บิดา<-> มารดา<->บุตร ที่ <-> น้อง สามี <-> ภรรยา นายจ้าง <- ลูกจ้าง เจ้าหนี้ <- ลูกหนี้ (โปรดดูรายละเอียดที่ คู่มือประกันชีวิต) ถ้าคิดจากเงื่อนไข สัญญาถือเป็น โฉมีณะ
- ชำระเงิน ที่ ธนาคาร ตู้ ATM พาณิซย์อิเล็กทรอนิกส์ และนำสลิป ส่งแนบมาพร้อม ใบคำขอเอาประกันภัย
- ระบุ วัน เวลา ที่ต้องการได้รับกรมธรรม์
 1. แผน ประกัน อุบัติเหตุ และ สุขภาพ การเดินทาง ทั้งใน ประเทศ และ ต่างประเทศ ใช้เวลาประมาณ 1 วันเพื่อออกกรมธรรม์ แต่มีผลคุ้มครองทันทีตามวันที่ระบุใน กรมธรรม์ ดังนั้น ควรเตรียมการสมัครล่วงหน้าอย่างน้อยประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อจะได้มีเวลาตรวจสอบความถูกต้องของกรมธรรม์ กรมธรรม์สามารถรับได้ทางอีเมล และหากต้องการตัวจริง จะจัดส่งให้ทางไปรษณีย์
 2. แผน ประกัน ด้าน วิศวกรรม และ พลังงาน ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ เนื่องจากอาจต้องมีการประเมินก่อนเสนอราคา
 3. แผน ประกันรถยนต์ ชั้น 1, 2, 3 และ พ.ร.บ. ได้รับผลคุ้มครองทันทีตามวันที่ระบุในกรมธรรม์ ยกเว้น กรณีที่ต้องตรวจสอบสภาพรถก่อนทำ ประกัน
- จัดส่ง ใบคำขอเอาประกัน และ ใบสลิปชำระเงิน มายัง
 - นาย วรเดช ปัญจรงค์ ผู้จัดการหน่วย นำทอง 667 บริษัท เอไอเอ จำกัด
 - มือถือ (Mobile) : 08-6533-7199 , 08-2076-4666
 - โทรศัพท์ (Tel) : 0-2637-9999 ต่อ 2765
 - โทรสาร (Fax) : 0-2634-5079
 - อีเมล (E-mail) : voradaj@easyinsurance4u.com, voradaj@thailandwealth.com
- วิธีรับกรมธรรม์
 - โดยปกติจัดส่งทางอีเมล หากต้องการตัวจริงให้ระบุเพื่อจัดส่งทางไปรษณีย์
- วิธีตรวจรับกรมธรรม์ โปรดตรวจ ชื่อ-นามสกุล ทั้ง ของ ผู้เอาประกัน และ ผู้รับประโยชน์ รวมทั้ง ผลประโยชน์ ด้วยว่าตรงตามต้องการ หรือไม่ หากมีข้อสงสัยสอบถามที่ 02-6379999 ต่อ 2765

วิธีการชำระเงิน (Payment)

โอนเงิน เข้าชื่อบัญชี " บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวร์นส์ " (New Hampshire Insurance Company)

ตามบัญชีดังต่อไปนี้

ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)	บัญชี (Account)	เลขที่บัญชี (Account Number)
 กรุงศรีอยุธยา (Ayuthaya Bank)	สุรวงศ์ (Surawong)	ออมทรัพย์ (Saving)	125-1-08099-0
 ไทยพาณิชย์ (Siam Commercial Bank)	สุรวงศ์ (Surawong)	กระแสรายวัน (Current)	002-3-03825-2
 กสิกรไทย (Kasikorn Bank)	สีลม (Silom)	กระแสรายวัน (Current)	001-1-25438-1
 กรุงเทพ (Bangkok Bank)	สุรวงศ์ (Surawong)	กระแสรายวัน (Current)	147-3-09169-0

สถานการณ์สั่งซื้อ (Order Situation)

ติดตาม สอบถามได้ที่ :

นาย วรเดช ปัญจรงค์กะ (Mr. Voradaj Panjarongkha)

- ผู้จัดการหน่วย นำทอง 667 บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซัวร์นส์ จำกัด (เอไอเอ) (AIA)
- มือถือ (Mobile) : 08-6533-7199 , 08-2076-4666
- โทรศัพท์ (Tel) : 0-2637-9999 ต่อ 2765
- โทรสาร (Fax) : 0-2634-5079
- อีเมลล์ (E-mail) : voradaj@easyinsurance4u.com, voradaj@thailandwealth.com