

ใบคำขอเอาประกันภัย / Application Form

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

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ทายาทโดยธรรม (Insured's Estate) หรือ (ระบุชื่อ-สกุล) _____ ความสัมพันธ์ _____
Name of Beneficiary or Relationship

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 _____
Contact Person Relationship Telephone No.

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

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย _____ วันที่ _____ / _____ / _____
Insured Signature Date

สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff Only

ตัวแทน / Agent นายหน้าประกันภัย / Broker บริษัทนำเที่ยว / Travel Agent

ชื่อ / Name _____ เลขที่ใบอนุญาต / License No. _____

รหัสตัวแทน (Producer Code) _____ อีเมล / E-mail _____

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) _____ (มือถือ) _____
Telephone No. (Office) (Mobile)

คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย / Reminder of Office of Insurance Commission
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามกฎหมายประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 / Give answer to questions above truthfully 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:
อีเมล / E-mail: callcenter.th@chartisinsurance.com หรือ / or แฟกซ์หมายเลข / Fax No. 0 2649 1998

สำหรับกรณีสรรรมกลุ่มกรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง / For group policy, pls fill in information belows

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

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

ประเภทของบัตรที่ใช้อ้างอิง _____ National ID Government ID Passpart
บัตรประจำตัวประชาชน
บัตรประจำตัวข้าราชการ
พาสปอร์ต
เลขที่บัตร _____ ID Number

“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 โฉมฉาย
- 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 และโปรดตรวจ ชื่อ-นามสกุล ทั้งของ ผู้เอาประกัน และ ผู้รับประโยชน์ ร่วมทั้ง 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 อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซัวร์นส์ จำกัด (เอไอเอ) (AIA)
- 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