J310001

บริษัท บริษัท บูพา ประกันสุขภาพ(ประเทศไทย) จำกัด

104/9 ห้อง M02 – 03 โครงการดิเอเวนิวแจ้งวัฒนะ ถนนแจ้งวัฒนะ ทุ่งสองห้อง หลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 โทรศัพท์: 0 2573 8700 โทรสาร: 0 2573 8711

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุระหว่างเดินทาง

Application for World-Wide Travel Health Insurance

กรณีต้องการกรมธรรม์และใบเสร็จในนามบริษัท If require policy and receipt to be issued under Company

ผู้ถือกรมธรรม์ Policy holder (ชื่อบริษัท ภาษาอังกฤษ Company name):

ที่อยู่บริษัท Company Address:

ชื่อผู้ติดต่อ: โทรศัพท์ Office tel.: โทรสาร Fax:

1.ผู้ขอเอาประกันภัย: นาย / นาง / น.ส.

ชื่อภาษาอังกฤษ Insured person: Mr. / Mrs. / Miss

ที่อยู่ปัจจุบัน Place of Residence:

รหัสไปรษณีย์ Zip code:

โทรศัพท์ Home Tel: โทรศัพท์มือถือ Mobile:

ที่อยู่ภูมิลำเนา Home country address:

วันเดือนปีเกิด Date of Birth: / /19 | E-mail:

Passport No. / ID Card No.: | สัญชาติ Nationality:

เดินทางไปประเทศ Destination: ○ท่องเที่ยว Leisure ○ไปทำงาน Business ○ไปศึกษา Education ○ อื่นๆ Other

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary: ความสัมพันธ์ Relationship:

ที่อยู่ Address: โทรศัพท์ Tel:

ผู้ขอรับความคุ้มครองเพิ่มเติม (ถ้ามี) Other person to be covered (If any):

2. Mr./Mrs./Ms. วันเกิด Date of Birth: / /19

Passport No. /ID Card No.: สัญชาติ Nationality:

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary: ความสัมพันธ์ Relationship:

3. Mr./Mrs./Ms. วันเกิด Date of Birth: / /19

Passport No. /ID Card No.: สัญชาติ Nationality:

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary: ความสัมพันธ์ Relationship:

ความคุ้มครอง Cover selected: ○ GOLD ○ SILVER ○ BRONZE PLUS ○ ANNUAL

วันที่เดินทาง Date insurance to commence: Date / Month / Year

รวมระยะเวลา For: วัน Days | จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม Total Premium: บาท/Baht

คำชี้แจง *:*

1.ข้าพเจ้าทราบดีว่าความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ มิได้ครอบคลุมถึงการเดินทางเพื่อไปรับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เดิมหรือต้องรักษาเพิ่ม หรือรักษาอาการที่เป็นมาแต่กำเนิด จึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

2.ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท บูพาประกันสุขภาพ จำกัด ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก นายแพทย์โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

Declaration *:*

1.It is hereby declared that the journey is not being made for the purpose of obtaining any medical treatment for any existing, recurring or congenital medical conditions and that I understand that any such pre-existing conditions shall not be insured.

2.All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and I understand that the Company, believing them to be such, will rely on them. I, do hereby, appoint BUPA Insurance Ltd. as the Attorney-in-fact to request a photocopy or any kinds of information of my health record or health conditions from any physician or health care provider or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

ลงชื่อ Signature วันที่ Date / /

การประกันภัยชนิดนี้เป็นแบบเพิกถอนมิได้และไม่มีการคืนเบี้ยประกันหลังจากออกกรมธรรม์ประกันภัย

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