AIG

Overseas Student

ใบคำขอเอาประกันภัย Application Form

กรมธรรม์ประกันภัยสำหรับศึกษาต่างประเทศ Overseas Student Insurance

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยสำหรับศึกษาต่างประเทศสำหรับตัวข้าพเจ้า

I wish to apply for the Overseas Student Insurance for myself as the following statements below.

ข้อมูลผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder Information

เพื่อความสะดวกในการใช้กรมธรรม์ขอวีซ่า และยื่นให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างเป็นภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (Name of Application) _____

เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/หนังสือเดินทาง (ID No./Alien/ Certificate/Passport No.) _____

ประเทศภูมิลำเนา (Domicile) _____

ที่อยู่ในประเทศไทย (Address in Thailand) _____

_____ โทร. (Tel.) _____

วันเดือนปีเกิด (Date of Birth)_____ อีเมล (Email) _____

อายุ (Age) _____ เพศ (Sex) _____

ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of Beneficiary) _____ เลขประจำตัวประชาชน (ID No.) _____

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship to the Insured) _____

ประเทศที่จะไปศึกษา (Country of Study)_____

ชื่อโรงเรียน/มหาวิทยาลัย (Name of Overseas Institution) _____

ที่อยู่ในต่างประเทศ (Overseas Address) _____

_____ โทร. (Tel.) _____

กรุณาขีด ✓ ลงในช่องของแผนที่เลือก (Please indicate by ✓ for selected insurance plan)

	ระยะเวลาเอาประกันภัย (Period of Insurance)	แผน (Plan)	เบี้ยประกันภัย (Premium)
☐	ไม่เกิน 6 เดือน	PLATINUM PLAN	19,691
☐	ไม่เกิน 6 เดือน	PREMIUM PLAN	9,872
☐	ไม่เกิน 6 เดือน	BASIC PLAN	7,155
☐	ไม่เกิน 12 เดือน	PLATINUM PLAN	39,380
☐	ไม่เกิน 12 เดือน	PREMIUM PLAN	19,742
☐	ไม่เกิน 12 เดือน	BASIC PLAN	14,310

เริ่มต้นวันที่ (Effective Date)_____ สิ้นสุดวันที่ (Expiry Date)_____

_____ _____

ลายเซ็นผู้ขอเอาประกันภัย
(Signature of the Applicant)

วันที่
(Date)

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล์ (Email) ที่ระบุไว้ ☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

The Applicant allows the Company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry

The Applicant request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the Oversea Student Insurance. The Applicant declare and warrant that the above answers are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between the Applicant and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The Company is entitled to void the policy according the Civil Commercial Code Section 865.

The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

If the insured person does not allow the Company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims.

Which channel the applicant prefer to receive the insurance policy

☐ e-policy as specified email ☐ Post mail as specified address

---

ลายเซ็นผู้ขอเอาประกันภัย

(Signature of the Applicant)

วันที่

(Date)

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____

☐ การประกันภัยโดยตรง

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

WARNING: Office of Insurance Commission (OIC.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract according the Civil Commercial Code Section 865.

หมายเหตุสำคัญ ผู้เอาประกันภัยสามารถขอเอาประกันภัยได้เพียง 1 กรมธรรม์ประกันภัยในเวลาเดียวกัน

The Insured Person can be covered under one such policy for the same period.

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy