

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 _____ ไรต์ตัวแทน _____
Producer Code

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

www.easynsurance4u.com

T.02-637-9999 ต่อ 27633-1, 02-634-5079

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

คำเตือนของกรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย : ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขกรมธรรม์อย่างเคร่งครัด มิฉะนั้นกรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย อาจเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัย

Reminder of Office of Insurance and Capital Market : The policyholder must strictly comply with the terms and conditions of the policy. Otherwise, the Office of Insurance and Capital Market may be liable to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.

ภายหลังจากที่กรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง การประกันภัยจะเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ และบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่คืนเบี้ยประกันภัย

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

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 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
- 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 อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสชูรันส์ 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