

**ส่วนที่ 1 - ข้อมูลผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder Information**

เพื่อความสะดวกในการใช้กรมธรรม์เพื่อขอวีซ่า และยื่นให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างเป็นภาษาอังกฤษ

ชื่อ-สกุลผู้ถือกรมธรรม์ ( นาย / นาง / น.ส. / นิติบุคคล ) \_\_\_\_\_  
 Policy Holder Name (Mr./Mrs./Ms./Organization Name)

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 / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ID Card No. / Tax ID No. Date of Birth (A.D.)

เบอร์มือถือ 0 \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ 0 \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
 Mobile Telephone No. E-mail

**ส่วนที่ 2 - ข้อมูลการออกใบรับเบี้ยประกันภัย Premium Receipt Information**

ข้อมูลเดียวกับผู้ถือกรมธรรม์ | Same as above Policy Holder Information

บุคคลธรรมดา Individual  นิติบุคคล Organization ชื่อที่ระบุใบรับเบี้ย \_\_\_\_\_  
 Name

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

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร \_\_\_\_\_ เบอร์มือถือ 0 \_\_\_\_\_  
 Tax ID No. Mobile

**ส่วนที่ 3 - ข้อมูลสำหรับการรับประกันภัย Policy information**

โปรดระบุเครื่องหมาย  หน้าแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือก | 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

วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ระยะเวลาเอาประกันภัย \_\_\_\_\_ วัน  
 Effective Date Expiry Date Duration up to days

ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ หรือหากไม่ระบุจะให้แก่ ทายาทโดยธรรม (Insured's Estate)  
 Name of Beneficiary Relationship

ชื่อสกุลผู้ติดต่อ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ 0 \_\_\_\_\_  
 Contact Person Relationship Telephone No.

จุดหมายปลายทาง (ประเทศ) \_\_\_\_\_ เที่ยวบิน \_\_\_\_\_ เบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_ บาท  
 Destination (Country) Flight Premium Baht

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Insured Signature Date

**สำหรับกรมธรรม์กลุ่มกรอกข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง For group policy, please fill in information belows**

- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.
- ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ID Card No.

6. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)  /  /   
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน   
 ID Card No.

7. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)  /  /   
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน   
 ID Card No.

8. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)  /  /   
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน   
 ID Card No.

9. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)  /  /   
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน   
 ID Card No.

10. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด(ค.ศ.)  /  /   
 Name (Mr./Mrs./Ms.) Date of Birth (A.D.)  
 หมายเลขบัตรประชาชน   
 ID Card No.

### เลือกรับข่าวสารอื่นๆ Preferred Occupancy

กรุณาเลือก Please select

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล Personal Accident Insurance

ประกันภัยการเดินทาง Travel Insurance

ประกันภัยรถยนต์และประกันภัย พ.ร.บ.รถยนต์ Automobile Insurance

ประกันภัยอุบัติเหตุแบบกลุ่ม Group Personal Accident Insurance

ประกันภัยอุบัติเหตุการเดินทางแบบกลุ่ม Group Travel Insurance

ประกันอัคคีภัยเพื่อที่อยู่อาศัย Home and Personal Property Insurance

#### ข้อตกลงและเงื่อนไข

1. ผู้ขอเอาประกันภัยได้เดินทางโดยขัดคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
2. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือพิการ
3. ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนด เงื่อนไขและข้อยกเว้นต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยทุกประการ
4. ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก) เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย หรือ องค์การที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับทางบริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวร์นซ์ เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เอาประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมว่าสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัยจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครอง
6. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจและตกลงยินยอมว่ากรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับใช้ได้เมื่อทางบริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวร์นซ์ (บริษัทฯ) ได้ตอบรับและออกกรมธรรม์ประกันภัยให้แล้ว ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับแจ้งไว้ในใบสมัครนี้จะเป็นสัญญาขึ้นพื้นฐานในการขอทำประกันภัยกับทางบริษัทฯ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมให้บริษัทฯ รวมถึงบริษัทในเครือและ/หรือเจ้าหน้าที่จากบุคคลดังกล่าวเปิดเผยหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการให้บริการหรือผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัย หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดที่ไม่ขัดห้ามตามกฎหมาย ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ใช้หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพทมือถือ และ/หรือที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ที่ได้ไว้ในใบสมัครเพื่อใช้ในการให้บริการหรือ ผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ และ/หรือติดต่อและตกลงว่าจะไม่เพิกถอนความยินยอมนี้ หรือเรียกร้องค่าตอบแทนหรือค่าเสียหายใดๆ ไม่ว่ากรณีใดจากบริษัทฯ หรือผู้ทำการแทนที่ได้รับอนุญาตและหน้าที่ของบริษัทฯ ด้วย
7. ผู้เอาประกันภัยสามารถขอประกันภัยนี้ได้เพียง 1 กรมธรรม์ในเวลาเดียวกัน

เอกสารนี้มีข้อยกเว้นประกันภัย และไม่ได้เป็นสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความ เงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ในภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อไว้ กรุณาอ่านและทำความเข้าใจข้อตกลง เงื่อนไขและข้อยกเว้นในกรมธรรม์ประกันภัยจาก [www.travelguard.in.th](http://www.travelguard.in.th) ก่อนตัดสินใจซื้อ

#### Terms & Conditions

1. The Proposed Insured(s) is/are not traveling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment
2. The Proposed Insured(s) is/are in good health, free from all physical impairment and deformity
3. The Proposed Insured(s) is/are aware of and agree(s) to abide by the Policy's terms, conditions and exclusions, which are set out in the Policy
4. The Proposed Insured(s) agree(s) and authorize(s) any medical source (including hospitals and clinics), insurance officer or any other organization to release to New Hampshire Insurance Company ("NHI") at any time any information concerning the Proposed Insured(s) if required
5. The Proposed Insured(s) agree(s) that pre-existing medical conditions are not covered by the insurance
6. The Proposed Insured(s) understand(s) and agree(s) that no insurance is in force until the application is accepted by New Hampshire Insurance Company ("NHI") (collectively "Company") and a Policy is issued pursuant thereto. However, all warranties, declarations and disclosures contained in the application shall form the basis of the contract of insurance with the Company. The Proposed Insured(s) agree(s) and authorize(s) that the Company including its affiliates and assignees may reveal or exchange the information given hereto in order to offer services or products that is considered beneficial to the Proposed Insured(s) or for any other matter not prohibited by law. The Proposed Insured(s) agree(s) that the Company may use its telephone number, mobile phone number and/or email address given herewith in order to offer other services or products of the Company or its business partners and acknowledge that the Company may assign any third party to contact the Proposed Insured(s) for such purpose. The Proposed Insured(s) also agree(s) that it will not revoke this consent or ask for any compensation from the Company or the assignee.
7. The Proposed Insured(s) can hold the Travel Insurance only 1 policy per trip.

The brochure is not a contract of insurance, all benefits and sum insured are subject to the policy terms, conditions and exclusion and to the limits indicated under the selected plan.

Please be sure to read and understand the policy terms, conditions and exclusions on [www.travelguard.in.th](http://www.travelguard.in.th) prior to making a decision.

### สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Only

ลูกค้าตรง Direct  ตัวแทน Agent  นายหน้าประกันภัย Broker  บริษัทนำเที่ยว Travel agent

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_ รหัสตัวแทน \_\_\_\_\_  
 Name-Surname License No. Producer Code

อีเมล \_\_\_\_\_ มือถือ \_\_\_\_\_  
 Email Mobile No.

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@oig.com](mailto:callcenter.th@oig.com) หรือ / โทรฯหมายเลข / Fax No. 0 2649 1998

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.): ให้ตอบคำถามข้างต้นด้วยความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865  
 Reminder of Office of Insurance Commission (OIC): Give answer to questions above truthfully, otherwise company may have caused to deny liability under policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial code.

• เอกสารนี้มีข้อยกเว้นประกันภัย และไม่ได้เป็นสัญญาประกันภัย • ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่บุคคลผู้เอาประกันภัยจะได้รับขึ้นอยู่กับข้อกำหนด เงื่อนไข และข้อยกเว้นที่ระบุไว้ในภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อไว้ (หากมี)  
 The brochure is not a contract of insurance. All benefits and coverages are subject to the policy terms, conditions, exclusions and to the limits indicated under the selected plan (if any).

รับประกันภัยโดย

บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวร์นซ์