

Travel Guard Overseas Student

กรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง สำหรับนักเรียนและนักศึกษาที่ไปศึกษาในต่างประเทศ

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์		
	PLATINUM PLAN	PREMIER PLAN	BASIC PLAN
1. ผลประโยชน์ชดเชยค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วย Emergency Medical Expenses (Accident and Sickness)	5,000,000	2,000,000	1,500,000
2. ผลประโยชน์ชดเชยในการสูญเสียค่าเล่าเรียน Study Interruption	300,000	250,000	150,000
3. ผลประโยชน์ชดเชยการเดินทางไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย Compassionate Visit	300,000	250,000	150,000
4. ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพการสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ Accidental Death and Dismemberment Indemnity	3,000,000	2,000,000	1,500,000
5. ผลประโยชน์ชดเชยการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศผู้มีอำนาจและผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับประเทศผู้มีอำนาจ Emergency Medical Evacuation and Repatriation of Remains	5,000,000	4,000,000	3,000,000
6. ผลประโยชน์ชดเชยการสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทาง หรือทรัพย์สินส่วนตัวในระหว่างการให้บริการของรถโดยสารสาธารณะ Lost Luggage and Personal Effects (Registered with Common Carrier)	80,000	40,000	20,000
- ความรับผิดชอบส่วนแรกของการเรียกร้องค่าสินไหมแต่ละครั้ง / Excess per Claim	500	500	500
- จำนวนสูงสุดต่อชิ้น คู่ / ชุด / Maximum Limits per Article / Pair / Set	8,000	4,000	2,000
7. ผลประโยชน์ชดเชยความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอกในต่างประเทศ Personal Liability Abroad	5,000,000	4,000,000	2,000,000
8. ผลประโยชน์ชดเชยสูญเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือการทุพพลภาพการสิ้นเชิง อันเนื่องมาจากการถูกทำร้ายร่างกายจากอาชญากรรม Felony Assault	1,500,000	1,000,000	750,000
ตารางเบี้ยประกัน (รวมภาษีและอากร)	PLATINUM PLAN	PREMIER PLAN	BASIC PLAN
ไม่เกิน 6 เดือน / Up to 6 months	20,607	10,422	7,524
ไม่เกิน 12 เดือน / Up to 12 months	41,212	20,842	15,046
ไม่เกิน 18 เดือน / Up to 18 months	61,819	31,264	22,568
ไม่เกิน 24 เดือน / Up to 24 months	82,424	41,684	30,090

หมายเหตุ / Remark:

● ประเทศไม่คุ้มครอง / Exclusion Country: Afghanistan, The Democratic Republic of The Congo, Cuba, Iran (Islamic Republic of Iran), Iraq, Liberia, Sudan, Arab Republic Syria

ใบคำขอเอาประกันภัย / Application Form

ประกันภัยการเดินทางสำหรับศึกษาต่อต่างประเทศ / Travel Guard Overseas Student

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ) Mr./ Mrs./ Ms.

Insured Person

ที่อยู่ในประเทศไทย: เลขที่ _____ หมู่ _____ หมู่บ้าน / อาคาร _____ ชั้น _____ ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขบัตรประชาชน / หมายเลขพาสปอร์ต _____ วัน / เดือน / ปีเกิด (ค.ศ.) _____

โทรศัพท์ (ที่บ้าน) _____ (มือถือ) _____ อีเมล _____

ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____ หรือหากไม่ระบุให้แนก ภายภาคโดยธรรม (Insured's Estate)

ประเทศที่จะไปศึกษา _____ ชื่อโรงเรียนมหาวิทยาลัย _____

ที่อยู่ต่างประเทศ _____

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ _____ ความสัมพันธ์ _____ โทรศัพท์ No. _____

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

ระยะเวลาประกันภัย / Period of Insurance	PLATINUM PLAN	PREMIER PLAN	BASIC PLAN
ไม่เกิน 6 เดือน / Up to 6 months	☐ 20,607	☐ 10,422	☐ 7,524
ไม่เกิน 12 เดือน / Up to 12 months	☐ 41,212	☐ 20,842	☐ 15,046
ไม่เกิน 18 เดือน / Up to 18 months	☐ 61,819	☐ 31,264	☐ 22,568
ไม่เกิน 24 เดือน / Up to 24 months	☐ 82,424	☐ 41,684	☐ 30,090

เริ่มวันที่ _____ / _____ / _____ สิ้นสุดวันที่ _____ / _____ / _____

สำหรับค่าผลประโยชน์คุ้มครองต่างๆ นอกเหนือจากผลประโยชน์คุ้มครองการสูญเสียชีวิตและการสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่ผู้เอาประกันภัยเรียกร้องจากบริษัท ขณะที่ศึกษาอยู่ในต่างประเทศนั้น (For the reimbursements (Except Personal Accident Coverage) that Insured Person has settled claim with the company while the studying abroad will be paid to)

☐ ผู้รับผลประโยชน์ ☐ บุคคลอื่น (ระบุชื่อ) _____

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____ / _____ / _____

ข้อตกลงและเงื่อนไข

1. ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของบริษัท หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
2. ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของบริษัท หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
3. ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของบริษัท หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
4. ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของบริษัท หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
5. ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของบริษัท หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์
6. ผู้เอาประกันภัยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของบริษัท หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตัวทางการแพทย์

เอกสารนี้เป็นสัญญาประกันภัย และถือเป็นสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองและประโยชน์ผู้เอาประกันภัยจะได้รับ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความ เงื่อนไข และเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย และแผนความคุ้มครองที่ได้เลือกซื้อ

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) understands(s) and agrees(s) that no insurance is in force until the application is accepted by New Hampshire Insurance Company, Thailand (NHIT) or Chantia Insurance (Thailand) Company Limited 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 NHIT or CHARTIS
4. The Proposed Insured(s) is/are aware of and agrees(s) to abide by the Policy's terms, conditions and exclusions, which are set out in the Policy
5. The Proposed Insured(s) agrees(s) and authorizes(s) any medical source (including hospitals and clinics), insurance office or any other organization to release to NHIT or CHARTIS at any time any information concerning the Proposed Insured(s) if required
6. The Proposed Insured(s) agrees(s) that pre-existing medical conditions are not covered by the insurance

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.

สำหรับเจ้าหน้าที่ / Staff Only

☐ ตัวแทน / Agent ☐ นายหน้าประกันภัย / Broker ☐ บริษัทนำเที่ยว / Travel Agent

ชื่อ / Name _____ ใบอนุญาตเลขที่ / License No. _____

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

โทรศัพท์ (สำนักงาน) _____ (มือถือ) _____

หมายเหตุ / Remark:

- ถ้าเห็นข้อความกรมธรรม์ประกันภัยและกรมการประกันภัยที่ระบุไว้ กรุณาตรวจสอบ / Reminder of Office of Insurance Commission, Ministry of Finance : หากพบข้อผิดพลาดหรือข้อสงสัย กรุณาแจ้งให้บริษัทประกันภัยทราบโดยเร็วที่สุด กรุณาแจ้งให้บริษัทประกันภัยทราบโดยเร็วที่สุด กรุณาแจ้งให้บริษัทประกันภัยทราบโดยเร็วที่สุด
- ผู้เอาประกันภัยสามารถขอคืนเงินประกันได้ภายใน 14 วันหลังจากวันที่ผู้เอาประกันภัยเดินทางออกนอกประเทศ / The Insured Person can be covered under one such policy for the same period
- กรุณาส่งเอกสารยืนยันการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน / Please submit Pay-In Slip to the company at least 1 day before departure date.
- เบอร์ / E-mail: callcenter@thailandinsurance.com หรือ / or โทร / Fax No. 0 2649 1998