

ราคาเบี้ยประกันภัย / Insurance Premium

ระยะเวลาการเดินทาง (วัน) <div>Trip Duration (Days)</div>	แผน 1 <div>Plan 1</div>	แผน 2 <div>Plan 2</div>	แผน 3 <div>Plan 3</div>
เดินทางเที่ยวเดียว <div>One Way Trip</div>	39	77	153
1	57	99	178
2	63	109	197
3	76	133	222
4	96	141	232
5	107	157	260
6	118	174	288
7	130	191	316
8	141	208	343
9	153	225	371
10	164	241	399
11	175	259	427
12	187	276	454
13	198	293	482
14	210	310	511
15	221	326	538
16	232	343	566
17	244	360	594
18	256	377	622
19	268	394	649
20	279	410	677
21	290	427	705
22	302	444	732
23	313	461	761
24	325	478	789
25	336	494	817
26	347	512	844
27	359	529	872
28	370	546	900
29	382	563	928
30	393	579	955

หมายเหตุ / Remark :

- เบี้ยประกันภัย เงื่อนไข ความคุ้มครอง ข้อยกเว้น ขึ้นอยู่กับแผนประกันภัยที่เลือก และเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย Premium, Terms & Conditions and Exclusions depend on the selected plan and insurance policy shall apply.
- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง Applicant shall study protection and term details prior to buying an insurance.
- รับประกันภัยโดย บริษัท ชับบซัมแม็คคี่ประกันภัย จำกัด (มหาชน) Underwritten by Chubb Samaggi Insurance Public Company Limited.

จุดหมายปลายทางที่คุ้มครอง / Destination Covered

สำหรับการเดินทางภายในประเทศไทยเท่านั้น

Domestic Thailand only

ใบคำขอเอาประกันภัย / Application Form

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Insured’s name

นาย/นาง/นางสาว _____

Mr./Mrs./Ms. _____

ที่อยู่ : เลขที่ _____ หมู่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____

Address : No. _____ Moo _____ Village/Building _____

ชั้น _____ ซอย _____ ถนน _____

Floor _____ Soi _____ Road _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

Sub-District _____ District _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

Province _____ Postcode _____

หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขพาสปอร์ต (กรณีเป็นชาวต่างชาติ)

ID Card No. / Passport No. _____

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ) _____ เพศ _____ อายุ _____ ปี

Date of Birth (A.D.) _____ Gender _____ Age _____ Year _____

โทรศัพท์ (ที่บ้าน) _____ (มือถือ) _____

Telephone No. (Residence) _____ (Mobile) _____

อีเมล _____

E-mail _____

อาชีพ _____ สถานที่ทำงาน _____

Occupation _____ Workplace _____

โรคประจำตัวของผู้ขอเอาประกันภัย (ถ้ามีโปรดระบุ)

The applicant ever have any congenital disease? (if yes, please specify) _____

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ _____

Name of Beneficiary _____

ความสัมพันธ์ _____ หรือหากไม่ระบุจะให้แก่ทายาทโดยธรรม

Relationship _____ or (If no beneficiary, the benefit will go to legal heirs.) _____

โปรดระบุเครื่องหมาย แผนคุ้มครองที่ท่านเลือก

Insurance plan selected. (Please indicate by check.)

• เดินทางเที่ยวเดียว / One Way Trip แผน 1 แผน 2 แผน 3

• เดินทางไป-กลับ / Round Trip แผน 1 แผน 2 แผน 3

วันเริ่มต้น _____ สิ้นสุดวันที่ _____

Effective Date _____ Expiry Date _____

ระยะเวลาเอาประกันภัยจำนวน _____ วัน เบี้ยประกันภัย _____ บาท

Duration up to _____ Days Premium _____ Baht _____

จุดหมายปลายทาง _____ เที่ยวบิน _____

Destination _____ Flight No _____

พาหนะอื่นๆ _____

(Other Transportation) _____

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ _____

Contact Person _____

ความสัมพันธ์ _____ โทรศัพท์ _____

Relationship _____ Telephone No. _____

การจัดส่งกรมธรรม์ _____

Policy Delivery Option _____

- กรุณาส่งเอกสารยืนยันการทำประกันภัยการเดินทางทางอีเมล และส่ง SMS เพื่อยืนยันการออกกรมธรรม์ Please send my policy documents by email and send policy confirmation by SMS.
- กรุณาส่งเอกสารยืนยันการทำประกันภัยการเดินทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านบน (บริษัท จะจัดส่งเอกสารยืนยันการทำประกันภัยการเดินทางให้ท่านภายใน 15 วันทำการ) Please send my policy documents by post to above address. (The policy will be sent within 15 working days.)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.): ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมิส่งผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning of the Office of Insurance Commission : The Applicants must truthfully answer all questions. Concealment or misstatement of any facts will cause the insurance agreement to become void, or may be grounds for the insurance company to deny its liabilities under, or terminate, the insurance agreement, by virtue of section 865 of the Civil and Commercial Code.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แถลงข้างต้นนั้นเป็นจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบ และตกลงที่จะให้

คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย หรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงทั้งหมดเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ ทั้งนี้บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

I (the Applicant) hereby certify that the foregoing details and health information are correct and true and will form part of an insurance agreement between myself and the Company. If my concealment or misstatement of any facts will cause the insurance company to deny its liabilities under, or terminate, the insurance agreement. I also agree that this letter will be deemed as my consent to authorize any physicians, hospitals, clinics having records or details of my sickness, including my HIV virus blood test results to disclose all the facts to the Company or its authorized persons, and I hereby authorize the Company to disclose such information to governing bodies or relevant agencies. The Company reserves its right to consider the insurance based upon the foregoing information.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย _____ วันที่ _____

Insured Signature _____ Date _____

ติดต่อเรา / Contact us

บริษัท ชับบซัมแม็คคี่ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

2/4 อาคารชัยบี ชั้นที่ 12 โครงการนอร์ธปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

ทะเบียนเลขที่ 0107566000054

ศูนย์บริการลูกค้า

ให้บริการจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 - 20.00 น.

เสาร์-อาทิตย์ และนักชัตดฤกษ์ เวลา 9.00 - 18.00 น.

โทรศัพท์ +66 2 611 4242 อีเมล Travel.th@chubb.com

Chubb Samaggi Insurance PCL.
2/4 Chubb Tower, 12th Fl., Northpark Project,
Vibhavadi-Rangsit Rd., Thung Song Hong,
Laksi, Bangkok 10210
Registration No. 0107566000054

Customer Service Hotline
Mon.-Fri., 8.00 - 20.00 hrs.
Sat.-Sun. and public holidays, 9.00 - 18.00 hrs.
O +66 2 611 4242 E Travel.th@chubb.com

©2022 ชับบ (Chubb) ความคุ้มครองที่รับประกันภัยโดยบริษัทหนึ่งหรือหลายบริษัทในกลุ่มบริษัทของชับบ์ เงื่อนไขของการได้รับความคุ้มครองอาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ชื่อความและตราสัญลักษณ์ “Chubb®” “Not just coverage.” “Craftsmanship.SM” “Chubb. Insured.SM” รวมถึงคำแปลในทุกภาษา เป็นสิทธิและเครื่องหมายการค้าของชับบ์

06/24




ประกันภัยคุ้มครองการเดินทางภายในประเทศไทย / Chubb Travel Insurance-Domestic Thailand





ความคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัย Coverage and Sum Insured	เดินทางไป-กลับ Round Trip			เดินทางเที่ยวเดียว One Way Trip		
	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน 3 Plan 3	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน 3 Plan 3
1. การชดเชยกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุระหว่างการ การเดินทางในประเทศไทย* (Accidental Benefit during Travel in Thailand*) : DT1 - การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ (Accidental Death Benefit) - การสูญเสียอวัยวะและสายตา เนื่องจากอุบัติเหตุ (Accidental Dismemberment and Loss of Sight) - การตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ (Accidental Total and Permanent Disability)	250,000	500,000	1,000,000	250,000	500,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (Medical Expenses from accident) : DT2	100,000	100,000	100,000	-	-	-
3. การเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ฉุกเฉิน/การเคลื่อน ย้ายกลับภูมิลำเนา (Emergency Medical Evacuation and Repatriation) : DT10	250,000	500,000	1,000,000	250,000	500,000	1,000,000
4. ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับภูมิลำเนา (Benefits for Repatriation of Mortal Remains) : DT11	250,000	500,000	1,000,000	250,000	500,000	1,000,000
5. การยกเลิกการเดินทาง (Trip Cancellation Expenses) : DT3	2,500	5,000	10,000	2,500	5,000	10,000
6. ค่าใช้จ่ายการลดจำนวนวันการเดินทาง (Trip Curtailment Expenses) : DT4	2,500	5,000	10,000	-	-	-
7. การล่าช้าของการเดินทาง (Trip Delay) : DT5	500/4 hrs. Max 2,000	1,000/4 hrs. Max 4,000	2,000/4 hrs. Max 8,000	500/4 hrs. Max 2,000	1,000/4 hrs. Max 4,000	2,000/4 hrs. Max 8,000
8. ความล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (Baggage Delay) : DT7	500/4 hrs. Max 2,000	1,000/4 hrs. Max 4,000	2,000/4 hrs. Max 8,000	500/4 hrs. Max 2,000	1,000/4 hrs. Max 4,000	2,000/4 hrs. Max 8,000

ความคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัย Coverage and Sum Insured	เดินทางไป-กลับ Round Trip			เดินทางเที่ยวเดียว One Way Trip		
	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน 3 Plan 3	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน 3 Plan 3
9. การสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทาง และ/หรือทรัพย์สินส่วนตัว (Loss or Damage of Baggage and Personal Property) : DT6	500 per item Max. 2,000	1,000 per item Max. 4,000	2,000 per item Max. 8,000	500 per item Max. 2,000	1,000 per item Max. 4,000	2,000 per item Max. 8,000
10. ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก (Third Party Liability) : DT9	250,000	500,000	1,000,000	250,000	500,000	1,000,000

แผนประกันภัยนี้สำหรับผู้เอาประกันภัยอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 85 ปี
Applicable for insured age between 1 month - 85 year-old.

- จำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อ 1. ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 1 เดือน - 10 ปี หรือ 66 - 85 ปี จะเป็น 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตาราง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผนที่เลือก
- Sum Insured under coverage no. 1 for persons aged 1 month - 10 year-old or 66 - 85 year-old will be reduced to 50% of the sum insured specified in the table depending on plan selected.

 **ชั้นนำตลาดการประกันภัยการเดินทาง / Market-leading Chubb Travel Insurance**

				
คุ้มครองการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุ สูงสุด 1 ล้านบาท Accidental Death benefit up to 1 million baht	ครอบคลุมการเคลื่อนย้าย ทางการแพทย์ฉุกเฉิน สูงสุด 1 ล้านบาท Emergency Medical Evacuation up to 1 million baht	คุ้มครองการล่าช้า ของการเดินทาง Trip Delay coverage	คุ้มครองการล่าช้า ของกระเป๋าเดินทาง Baggage Delay coverage	คุ้มครองกระเป๋าสูญหาย หรือเสียหาย Loss or Damage of baggage coverage