ใบคำขอเอาประกันกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางเข้าในประเทศเพื่อบุคคลทั่วไป
Application form Individual Inbound Travel Insurance Policy

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกัน : ชื่อและที่อยู่
The Applicant/Insured : Name and Address

_____

_____

_____

เลขประจำตัวประชาชน/ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/หนังสือเดินทาง :
ID No./Alien certificate/Passport No.

_____

_____

วัน/เดือน/ปี เกิด : _____ สัญชาติ : _____
Date of birth _____ Nationality _____

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย ที่ประสงค์จะเอาประกันภัย

2. รับประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล และที่อยู่
The Beneficiary : Name and Address

_____

_____

_____

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : _____
Relationship to the Applicant _____

3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
Do you have any existing disease? ☐ No ☐ Yes

โปรดระบุ _____
If your answer "Yes" please provides details.
(Please specify) _____

4. ประเทศภูมิลำเนา/ประเทศที่เริ่มเดินทาง : _____
Domicile/Country of departure _____

เส้นทางการเดินทาง : ประเทศไทย
Journey Thailand

5. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง : ☐ ท่องเที่ยว ☐ ธุรกิจ ☐ เรียนระยะสั้น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
Objective of journey Leisure Business Short Study Courses Other _____ (Can select more than 1 item)

คุ้มครองการเดินทางแบบ :
☐ รายเที่ยว Single trip

เดินทางโดย
☐ เครื่องบิน (Airplane)
☐ รถโดยสารประจำทาง (Bus)
☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____
Other (Please specify) _____

6. ระยะเวลาประกันภัย: _____ วัน เริ่มต้นวันที่ _____ สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น.
Period of Insurance _____ days From _____ To _____ at _____ hours

7. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____
Type of Policy : Plan _____

เบี้ยประกันภัยสุทธิ _____ บาท อากรแสตมป์ _____ บาท
Net Premium _____ (Baht) Stamps _____ (Baht)

ภาษี _____ บาท เบี้ยประกันภัยรวม _____ บาท
Tax _____ (Baht) Total Premium _____ (Baht)

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพระรามสี่ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - **axa.co.th**

CX202107-62

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกากับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท บอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

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 this Inbound Travel Insurance Policy. 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 Insurance Policy becomes voidable. The Company is entitled to void the Insurance 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 does not allow the Company to investigate his/her claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims.

วันที่ _____ / _____ / _____
Date _____ / _____ / _____

_____
( )
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / The Applicant's Signature

☐ การประกันภัยโดยตรง Direct ☐ ตัวแทนประกันภัยวินาศภัย Agent ☐ นายหน้าประกันภัยวินาศภัย Broker ใบอนุญาตเลขที่ _____ License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

WARNING: Office of Insurance Commission (OIC.)

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.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพระรามสี่ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - **axa.co.th**

CX202107-62

แบบสอบถาม
Underwriting Questionnaire

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย

1. ท่านมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 30 วันก่อนกรมธรรม์มีผลบังคับหรือไม่
   Have you travelled to other country in the past 30 days prior to the policy effective date?

   ☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes โปรดระบุ If your answer "Yes" please provides details. _____

2. ท่านเดินทางมาเพื่อรับการรักษาในประเทศไทยหรือไม่
   Are you travelling to Thailand to seek medical treatment?

   ☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes โปรดระบุ If your answer "Yes" please provides details. _____

3. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาโรคเรื้อรัง หรือไม่ / ท่านรับประทานยา หรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัว หรือไม่
   Have you ever been diagnosed or received treatment for any chronic disease?/ Are you currently taking any medication or any routine injection for treatment of any disease or injury?

   ☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes โปรดระบุ If your answer "Yes" please provides details. _____

I confirm that

- I am not currently in Thailand.
- I have read the conditions for cancelling or amending the policy:
  - Full premium refund if you cancel the policy within 7 days from the date of purchase and before arrival date to Thailand.
  - Modifiable: date of arrival to Thailand can be changed to any dates within 180 days from the original date of purchase. Must notify AXA before original date of arrival.

I understand that

- my coverage shall start after I clear immigration in Thailand and that my policy end as soon as I leave Thailand. The coverage will NOT resume upon re-entry
- only one policy can be purchased per person.

วันที่ _____ / _____ / _____
Date _____ / _____ / _____

_____
( )
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / The Applicant's Signature

****เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย รายละเอียดเงื่อนไข ความคุ้มครองและข้อยกเว้นที่สมบูรณ์จะระบุในกรมธรรม์ประกันภัย****

****This document is not an insurance contract. Full details are specified in the insurance policy. ****

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพระรามสี่ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - **axa.co.th**

CX202107-63