



ใบคำขอลาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางเข้าในประเทศไทยเพื่อบุคคลทั่วไป 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 _____
2. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address _____ _____	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : _____ Relationship to the Applicant _____
3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ _____ Do you have any existing disease? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If your answer "Yes" please provides details. (Please specify) _____	
4. ประเทศภูมิลำเนา/ประเทศที่เริ่มเดินทาง : _____ Domicile/Country of departure _____	เส้นทางเดินทาง : ประเทศไทย Journey Thailand
5. วัตถุประสงค์ในการเดินทาง : <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ธุรกิจ <input type="checkbox"/> เรียนระยะสั้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) Objective of journey Leisure Business Short Study Courses Other _____ (Can select more than 1 item) คุ้มครองการเดินทางแบบ : <u>เดินทางโดย</u> <input type="checkbox"/> รายเที่ยว Single trip <input type="checkbox"/> เครื่องบิน (Airplane) <input type="checkbox"/> รถโดยสารประจำทาง (Bus) <input type="checkbox"/> 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 อากรมสแตมป์ _____ 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 ถนนพหลโยธิน 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



ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้ค่าของเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท 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 to 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 ____ / ____ / ____

(_____)
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / The Applicant's Signature

การประกันภัยโดยตรง
Direct

ตัวแทนประกันภัยวินาศภัย
Agent

นายหน้าประกันภัยวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____
Broker License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ 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 to the Civil Commercial Code Section 865.



แบบสอบถาม

Underwriting Questionnaire

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย/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. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาจากโรคเรื้อรังหรือไม่/ท่านรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่

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. _____

4. ท่านเข้าร่วมภูเก็ต แซนด์บ็อกซ์/ สมุย พลัสหรือไม่

Are you participating in Phuket Sandbox / Samui Plus?

ไม่ใช่

No

ใช่

Yes

โปรดระบุ _____

If your answer "Yes" please provides details. _____

****เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย รายละเอียดเงื่อนไข ความคุ้มครองและข้อยกเว้นที่สมบูรณ์จะระบุในกรมธรรม์ประกันภัย****

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