



นิยามใหม่ / ของการประกันภัย

บริษัท ออริจินัลประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited
 ชั้น 23 อาคารพญาไทพลาซ่า 1168/67 ถนนพญาไท 4 แขวงจตุจักร
 เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10120
 23rd Fl., Lumpini Tower, 1168/67 Rama IV Road,
 Thungmahavek, Sathorn, Bangkok 10120
 Tel : +66 2679 7600, 2285 6385 Fax : +66 2285 6383
 E-mail : axathai@axa-insurance.co.th www.axa.co.th
 ทะเบียนเลขที่ 0107537002729 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3101032024

คำขอเอาประกันภัยเดินทางสมาร์ททราเวลเลอร์ พลัส						
Application Form for Smart Traveller Plus Insurance						
ผู้ขอเอาประกันภัย: The Applicant: Name in full:				เพศ: ชาย / หญิง Sex: Male / Female		
ที่อยู่ปัจจุบัน/Address:			รหัสไปรษณีย์/Post Code:			
โทรศัพท์(บ้าน)/Tel.(Home):			โทรศัพท์(ที่ทำงาน)/Tel.(Office):			
บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่/ID Card or Passport No.:						
ออกที่/Issued at:		ประเทศ/Country:		วันหมดอายุ/Expiry Date:		
วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth:		อายุ/Age:		สัญชาติ/Nationality:		
อาชีพ/Occupation:			ตำแหน่ง/Position:			
สถานภาพ: <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> อื่นๆ Maritatus: Married Single Others			จำนวนบุตร/Number of children:			
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย/Period of insurance: _____ วัน/days						
- ออกจากที่พัก/ที่ทำงานในประเทศไทยเพื่อการเดินทาง: _____ เวลา _____ น. Leave residence/office in Thailand for the trip on: (วัน/เดือน/ปี - dd/mm/yy) at _____ hours						
- เดินทางกลับจากการเดินทางถึงที่พัก/ที่ทำงานในประเทศไทย: _____ เวลา _____ น. Return from trip to residence/office in Thailand on: (วัน/เดือน/ปี - dd/mm/yy) at _____ hours						
ผลประโยชน์ที่เลือก/Benefit selected: <input type="checkbox"/> แผน1/Plan1 <input type="checkbox"/> แผน2/Plan2 <input type="checkbox"/> แผน3/Plan3 <input type="checkbox"/> แผน4/Plan4 <input type="checkbox"/> แผน5/Plan5						
ชื่อผู้รับประโยชน์/Beneficiary:				ความสัมพันธ์/Relationship:		
เดินทางโดย/Travel by:			จุดหมายปลายทาง/Destination:			
เบี้ยประกันภัย: _____		อากร: _____		ภาษีธุรกิจเฉพาะ: _____		
Premium:		Stamps Duty:		Tax:		
				เบี้ยประกันภัยรวม: _____ Total Premium:		
ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือกับบริษัทอื่นหรือไม่?/Do you currently carry or have applied for Life or Accident Policy? <input type="checkbox"/> มี/Yes <input type="checkbox"/> ไม่มี/No				ถ้ามี โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัย If yes, name of insurance company _____		
กรณีประกันภัยแบบครอบครัวหรือแบบกลุ่ม โปรดให้รายละเอียดของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน In case of Family or Group Insurance, please provide details of each insured person						
ที่ No	ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย Name of Insured Person	ผลประโยชน์ที่เลือก Benefit selected	เพศ Sex	อายุ Age	ชื่อผู้รับประโยชน์/ความสัมพันธ์ Beneficiary/Relationship	เบี้ยประกันภัย Premium
1						
2						
3						
กรณีที่ไม่มีพจนานุกรมคำอธิบายเพิ่มเติม/Please continue on a separate page - if necessary						
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้องสมบูรณ์ และให้อ้างเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ I warrant that the above statements are true and correct and agree that this application shall be the basis of the contract between me and the Company.						

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย: _____ วันที่: _____
 Applicant's Signature _____ Date (วัน/เดือน/ปี - dd/mm/yy)

ตัวแทน/Agent เจ้าหน้าที่ประกันภัย/Broker _____ ใบอนุญาตเลขที่/License No. _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ให้ตอบคำถามข้างต้นทุกข้อด้วยความตามความจริง มิฉะนั้นบริษัทฯอาจถือเป็นเหตุ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Reminder of Office of Insurance Commission
 Please answer all questions above truthfully otherwise the Company may have causes to deny liability under the Policy per Section 865 of the Civil and Commercial Code.