

สมารถ ทราเวลเลอร์ พลัส / Smart Traveller Plus

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยการเดินทาง / Application Form for Smart Traveller Plus Insurance

รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย / Particulars of The Insured Person

ผู้เอาประกันภัย / The Applicant: Name in full: _____ เพศ / Sex: ชาย / Male หญิง / Female

ที่อยู่ปัจจุบัน / Address: _____ รหัสไปรษณีย์ / Post Code: _____

โทรศัพท์มือถือ / Mobile Phone: _____ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) / Tel. (Office): _____ อีเมล / Email: _____

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 / Maritatus: สมรส / Married โสด / Single อื่น ๆ / Others จำนวนบุตร / Number of children: _____

ระยะเวลาเอาประกันภัย / Period of insurance: _____ วัน / days

ออกจากที่พักที่ทำงานในประเทศไทยเพื่อการเดินทาง / Leave residence/office in Thailand for the trip on: _____ เวลา / at: _____ U. /hours

เดินทางกลับจากการเดินทางถึงที่พักที่ทำงานในประเทศไทย / Return from trip to residence/office in Thailand on: _____ เวลา / at: _____ U. /hours

แผนประกันภัยที่เลือก / Choose Plan

อีโค / ECO ซิลเวอร์ / Silver โกลด์ / Gold แพลทินัม / Platinum เอมมอรัลด์ / Emerald โดมอนด์ / Diamond

แฟมิลี่ แพว 1 / Family Plan 1 แฟมิลี่ แพว 2 / Family Plan 2

ชื่อผู้รับประโยชน์ / Beneficiary: _____ ความสัมพันธ์ / Relationship: _____

เดินทางโดย / Travel by: _____ จุดหมายปลายทาง / Destination: _____

เบี้ยประกันภัย / Net Premium: _____ ภาษี / Stamps Duty: _____

ภาษีธุรกิจเฉพาะ / Tax: _____ เบี้ยประกันภัยรวม / Total Premium: _____

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? / Do you currently carry or have applied for Life or Accident Policy?

มี / Yes ไม่มี / No ถ้ามีโปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัย / If yes, name of insurance company: _____

กรณีประกันภัยแบบครอบครัว โปรดให้รายละเอียดของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน / In case of Family Insurance, please provide details of each insured person

ที่ No.	ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย Name of Insured Person	ผลประโยชน์ที่เลือก Benefit selected	เพศ Sex	อายุ Age	ชื่อผู้รับประโยชน์/ความสัมพันธ์ Beneficiary/Relationship	เบี้ยประกันภัย Premium
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____

กรณีที่ไม่พอกรุณาใช้ออกสารแผ่นใหม่ / Please continue on a separate page - if necessary

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้องสมบูรณ์ และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ
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.

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

ตัวแทนประกันวินาศภัย / Agent นายหน้าประกันวินาศภัย / Broker _____ ใบอนุญาตเลขที่ / License No. _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย / Reminder of Office of Insurance Commission

ให้ตอบคำถามข้างต้นทุกข้อความตามความจริง มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
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.



redefining / insurance

AXA Insurance Public Company Limited
23rd Floor, Lumpini Tower, 1168/67 Rama 4 Road,
Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120
☎ +66 2118 8111
☎ +66 2285 6383
🌐 www.axa.co.th

“ท่าน ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และ ตกลงให้ บริษัท แอกซ่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“แอกซ่า”) และ บริษัทในเครือ รวบรวม ใช้ และจัดเก็บ ข้อมูลของท่าน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการแก่ท่าน และ/หรือ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดย แอกซ่า จะใช้ข้อมูลของท่านในการปรับปรุง และจัดเตรียมบริการให้แก่ท่าน และจะไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตเว้นแต่จะเป็นไป ตามที่กฎหมายกำหนด”

“You confirm the accuracy of this information and agree that AXA Insurance Public Company Limited (“AXA”) and its affiliates may collect, use and retain your information gathered as part of the services that are produced to you and/or for direct marketing purposes and in this connection. AXA may use this information to improve or provide customized services to you and will not disclose this information to unauthorized person except for legal/regulatory requirements.”

ยินยอมให้แอกซ่านำข้อมูลไปใช้ตามวัตถุประสงค์ข้างต้น / Consent AXA to use information. ยินยอม / Yes ไม่ยินยอมให้ใช้ข้อมูล / No

(_____)
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Signature

วันที่: _____
Date (วัน/เดือน/ปี - dd/mm/yy)