



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล Individual Health and Accident Application Form

☐ แผน เอสเซินเชียล / Essential Plan

☐ แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย / Details of the Applicant

ชื่อ-นามสกุล _____	วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____		
Name -Surname	Date of Birth		
ส่วนสูง(ซม.) _____	น้ำหนัก(กก.) _____	สัญชาติ _____	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง _____
Height (cm)	Weight (kg)	Nationality	ID Card No. / Passport
ที่อยู่ติดต่อได้ _____			
Present Address			
โทรศัพท์บ้าน _____	โทรศัพท์มือถือ _____	อีเมล _____	
Telephone Number	Mobile	Email	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____	ลักษณะงาน _____		
Occupation (Position)	Nature of Work		
ผู้รับประโยชน์ _____	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____		
Beneficiary	Relationship to the Applicant		

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1 ปี) / Period of Insurance (1 year)

เริ่มต้นวันที่ _____
Effective Date

3. แผนประกันภัย และรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง / Insurance Plan and Details for Coverage Required

ความคุ้มครองหลัก Core Plan Benefits	แผน เอสเซินเชียล / Essential Plan <input type="checkbox"/> แผน 1 / PLAN 1 <input type="checkbox"/> แผน 3 / PLAN 3 <input type="checkbox"/> แผน 2 / PLAN 2 <input type="checkbox"/> แผน 4 / PLAN 4	แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan <input type="checkbox"/> แผน 1 / PLAN 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 / PLAN 2
ความคุ้มครองเสริม Optional Benefits	แผน เอสเซินเชียล / Essential Plan <input type="checkbox"/> ไม่มีความคุ้มครองเสริม / No Optional Benefits <input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอกเท่านั้น / Outpatient Benefits Only <input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก และการดูแลสุขภาพ Outpatient and Wellness Benefits	แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan <input type="checkbox"/> ไม่มีความคุ้มครองเสริม (ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอกรวมอยู่ในแผนแล้ว) / No Optional Benefits (Outpatient benefits already included in the plan)
ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อโรค) Deductible (per Illness)	แผน เอสเซินเชียล / Essential Plan <input type="checkbox"/> ไม่มีความรับผิดชอบส่วนแรก / No Deductible <input type="checkbox"/> 20,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 100,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 40,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 200,000 บาท / Baht	แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan <input type="checkbox"/> 100,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 200,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 300,000 บาท / Baht

4. การชำระเบี้ยประกันภัย / Payment

เบี้ยประกันภัย Premium Payment <input type="checkbox"/> รายปี Annually	จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ: _____ บาท Premium Payable Amount _____ Baht
---	--

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจันทราภิรมย์ เขตจตุจักร 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



5. รายชื่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการสมัครความคุ้มครอง
Name of family member(s) to be insured

รายละเอียดของคู่สมรส (ถ้าขอเอาประกันภัย) / Details of Spouse (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____
Name - Surname Date of Birth
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ สัญชาติ _____ เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง _____
Height (cm) Weight (kg) Nationality ID Card No. / Passport
ที่อยู่ติดต่อได้ _____
Present Address
โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
Telephone Number Mobile Email
อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____
Occupation (Position) Nature of Work
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 1 (ถ้ามี) / Details of Dependent #1 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____
Name - Surname
วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____ เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง _____
Date of Birth ID Card No. / Passport No.
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____
Height (cm) Weight (kg)
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 2 (ถ้ามี) / Details of Dependent #2 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____
Name - Surname
วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____ เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง _____
Date of Birth ID Card No. / Passport No.
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____
Height (cm) Weight (kg)
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 3 (ถ้ามี) / Details of Dependent #3 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____
Name - Surname
วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____ เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง _____
Date of Birth ID Card No. / Passport No.
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____
Height (cm) Weight (kg)
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant



6. กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้
Please give truthful information and tick the appropriate box to the following questions

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	มี YES	ไม่มี NO
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ? Do you have other health, life or accident insurance with other insurance companies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ? Have you ever been declined for insurance, had the policy canceled, accepted with premium loading or exclusions by any insurance company?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่องตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ การฟิสิกส์หัวใจในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ Have you or any dependents on this application ever had a surgical operation, medical diagnosis test such as CT Scan, MRI Scan, pathological biopsy, Ultrasound, Electrocardiogram, inpatient hospitalization or had an accident in the past 5 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ ? Have you or any dependents on this application ever been advised to have a surgical operation or additional diagnostic tests that have not yet been performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี หรือ เคย” กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธการรับประกัน หรือยกเว้นการรับประกันสาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

Remarks : If your answer is “YES”, please provide details, i.e., name of insurance company with reasons for declining insurance or imposing special exclusions, causes for medical treatment in a hospital, name of disease, name of physician and name of the hospital providing treatment to you.

7. ข้อมูลสุขภาพ / Health data

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	มี YES	ไม่มี NO	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี้ Name of Applicant	วันที่ป่วย Onset Date	วันที่หายป่วย Recovery Date
<p>1. มีความผิดปกติหรือโรค ดังนี้หรือไม่?</p> <ul style="list-style-type: none">- ระบบทางเดินหายใจความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอด หอบหืด ภูมิแพ้- หัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน- ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจนความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง- เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่างๆ- ระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ กระเพาะอาหาร และอาการปวดท้องเรื้อรัง- ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก- โรคตับและถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี- โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์- ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว กระเพาะปัสสาวะอักเสบ- ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก- ความผิดปกติต่อมไทรอยด์ เช่น คอพอก ไทรอยด์เป็นพิษ ไฮโปไทรอยด์- ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง <p>Do you have any disorder or diseases as details below?</p> <ul style="list-style-type: none">- respiratory disorders such as lung trouble, asthma or allergy- heart diseases, cardiomyopathy, myocardial disorders or cardiovascular disease or experienced any sign/ symptom of any heart condition- musculoskeletal system disorders, joint disorders, rheumatism, arthritis, gout, spine or back trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	มี YES	ไม่มี NO	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี Name of Applicant	วันที่ป่วย Onset Date	วันที่หายป่วย Recovery Date
- digestive disorders such as intestine, stomach, and chronic abdominal pain - tumor, cancer, mass or cyst - eye, ear, throat or nose disorders - liver and gall bladder diseases such as liver inflammation, cirrhosis or gallstones - reproductive disorders or sexually transmitted diseases - urinary system disorders such as stones or bladder inflammation - circulatory and blood disorders such as high blood pressure, anemia or hemophilia - thyroid gland disorders such as goiter, thyrotoxicosis or hypothyroid - nervous system and brain disorders or cerebrovascular disease					
2. ท่านมีกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ออริสติกส์ โรคลมชัก โรคไต มีไข้ทางเดียว เบาหวาน วัณโรค โรคเอสแอลอี โรคธาลัสซีเมีย หรือภาวะแคระแกร็น Do you have or had been diagnosed with the following diseases such as autistic, epilepsy, kidney disease (with only one remaining kidney), diabetes, tuberculosis, SLE, thalassemia or dwarfism?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. นอกจากโรคดังกล่าวข้างต้นแล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่? In addition from item as above, are you currently sick or injured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. ท่านมีกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่? Are you currently taking any medication or any routine injection for treatments of chronic disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน Remarks: If your answer is "YES", please provide details of disease, treatment, name of physician and name of the hospital providing treatment to you. <hr/> <hr/>					

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะรับกรมธรรม์ประกันภัยเป็นภาษา
Request the language of the policy including relevant documents in

☐ ภาษาไทย
Thai

☐ ภาษาอังกฤษ
English

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
Do you wish to exercise your right for income tax exemption pertinent to Revenue Code or not?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

Yes, I do and I authorize the general insurance company to submit and disclose details of insurance premium to the Revenue Department pertinent to relevant guidelines and procedures. If the Applicant is a Non-Thai Resident and is required by the Revenue Code to pay income tax, please also provide your Tax ID Number as received from the Revenue Department No. _____

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันสำหรับบุพการี โดยเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้ ผู้เอาประกันภัย รายละเอียดดังนี้ ชื่อ-นามสกุล _____ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย _____ ผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

Yes, I do and I authorize the general insurance company to submit and disclose details of insurance premium for parents to the Revenue Department pertinent to relevant guidelines and procedures. The total premium is paid by Name-Surname _____ Relationship to the insured _____ TAX ID number is _____

☐ ไม่มีความประสงค์
No, I do not.

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



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มิเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท แยกชำประกันภัย จำกัด (มหาชน) สามารถดำเนินการในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำนักงานของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I warrant that the information provided above is correct. If any statement is misrepresented or omitted of any relevant facts, I agree for AXA Insurance Public Company Limited to terminate the insurance contract.

The Company reserves the right to examine medical records and diagnosis of the Insured as necessary with this insurance contract and reserves the right to conduct an autopsy in the event that it is necessary and not contrary to the law at the Company's expense.

If the Insured does not consent to the examination of the medical records and diagnosis in order to support such compensation, the Company may refuse to provide the coverage under this insurance policy to the Insured.

I authorize AXA Insurance Public Company Limited to have access to details of information, news of my medical record and physical conditions. The copy of this authorization is valid and complete in same manner as the original copy.

I authorize AXA Insurance (Public) Company Limited to keep, use and disclose health facts as well as details of the Applicant to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits in supervising insurance business.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

This document is not the insurance contract. You will be covered upon receiving confirmation from the Company.

วันที่ _____ / _____ / _____
Date

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(และในฐานะของตัวแทนของคู่สมรส และ/หรือ บุตร)

Signature - The Applicant
(and as representative of spouse and/or children)

☐ การประกันภัยโดยตรง
Direct

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย
Broker

☐ ใบอนุญาตเลขที่ _____
License No.

หมายเหตุ : รายละเอียดที่กรอกในใบสมัครมีระยะเวลาไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ได้กรอกรายละเอียด ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพของท่านที่ถูกต้องที่สุด

Remark: Details on this application form is valid for 30 days from the date signed to ensure the information provided is up to date and accurate

เมื่อคุณดำเนินการนำส่งใบคำขอเอาประกันภัยนี้ให้แก่บริษัท บริษัทถือว่าคุณได้รับรู้และยอมรับนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของเอกสารที่ระบุในลิงค์ <https://www.axa.co.th/th/legal-and-privacy-statement> แล้ว รวมถึงตกลงและให้คำรับรองในเรื่องดังต่อไปนี้

By submission this application to the Company, you are acknowledged and agreed with our Privacy policy which can be found at <https://www.axa.co.th/en/legal-and-privacy-statement> including but not limited to certify and agree that;

- ยืนยันว่าท่านมีสิทธิตามกฎหมายหรือได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นต่อบริษัททุกประการ
You have the right or received the consent from Data Subject as required by Data Protection law to provide their personal data to the Company;
- คุณได้ทำการแจ้งให้บุคคลที่สามผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณอ้างหรือระบุถึงในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ให้ทราบถึงนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแล้ว
You had notified any third party who owned the personal data which you mentioned in this registration form about AXA Privacy policy.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์มาตรา 865

WARNING Office of Insurance Commission (OIC)

You must answer every question truthfully. Concealment or misstatement of facts by the Insured shall render the contract voidable, in which case the Company shall be entitled to nullify the contract pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร 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