



ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล มาย พีเอ

Application for Personal Accident Insurance My PA

กรุณาเขียนแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ Please, Specify your choice of insurance plan		
วันเริ่มต้นความคุ้มครอง Start date of insurance		
รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย DETAIL OF THE APPLICANT		
ชื่อ-นามสกุล Name - Surname	<input type="checkbox"/> ชาย Male	<input type="checkbox"/> หญิง Female
เลขที่บัตรประชาชน/พาสปอร์ต ID Card/Passport Number	วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth (DD/MM/YY)	
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address	อีเมล E-mail	
	โทรศัพท์ Telephone	
อาชีพปัจจุบัน Occupation	ตำแหน่ง Position	ประเภทธุรกิจ Type of Business
รายได้ Income level (range)	ชื่อสถานประกอบการ Employer's name	
รายละเอียดของผู้รับประโยชน์ DETAIL OF BENEFICIARY		
ชื่อ - นามสกุล Name - Surname		
ความสัมพันธ์ Relationship	โทรศัพท์ Telephone/mobile	
กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้ Please, place the check mark in the box which indicate your actual information		ไม่มี / No
1. ท่านมีประกันอุบัติเหตุหรือประกันชีวิตกับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ ? Do you already have a Life Insurance or a Personal Accident Insurance?		มี / Yes
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ ยกเลิก หรือเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่ ? Have you ever had your insurance declined, cancelled or had additional premium imposed for such insurance ?		
3. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ? In the past 2 years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized ?		
4. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ Have you ever been diagnosed or received treatment for		
<input type="checkbox"/> โรคลมชัก / Epilepsy or Convulsion or <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ / Heart Disease or <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง / Hypertension or		
<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ / AIDS or HIV Positive or <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน / Diabetes Mellitus or <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง / Cancer or		
<input type="checkbox"/> โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ / Skeletal/muscle disease <input type="checkbox"/> ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่ / Any existing disability		
หมายเหตุ: ในกรณีที่ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ กรุณาแถลงรายละเอียด เกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธการรับประกัน หรือข้อยกเว้นการรับประกัน สาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค รายละเอียดเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษา		
Remarks: If you answer " Yes", please provide the details, i.e. name of insurance company with reasons for declining or imposing special exclusions, causes for medical treatment in a hospital, disease, treatment, physician name and hospital name providing treatment to you		



ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล มาย พีเอ

Application for Personal Accident Insurance My PA

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I allow AXA Insurance Public Company Limited (AXA) to collect, use, and reveal the facts about the medical records and other information to the Office of the Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

I wish to apply for insurance with the Company according to the conditions of the policy used by the Company for this insurance. I hereby certify that all the details given above are correct and complete. I agree that this insurance application will form the basis of an insurance agreement between myself and the Company.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ?

Do you wish to exercise your right for income tax exemption pertinent to Revenue Code?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด 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 _____ .

☐ ไม่มีความประสงค์

No, I do not.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

This document is not an insurance agreement. You will be entitled to coverage upon receipt of a confirmation from the company.

_____/_____/_____
วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน / เดือน / ปี)
Date of application (DD/MM/YYYY)

(_____)
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย และในฐานะของผู้แทนของคู่สมรสและบุตร
Applicant's Signature and as a representative of the spouse and children

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันภัยวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันภัยวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____

Direct Insurance Agent Broker License No. _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Warning from the Office of the Insurance Commission (the OIC)

The applicant must truthfully answer all questions. Concealment or misstatement of any fact will cause the insurance agreement to become void, and will result in the Company having the right to terminate the insurance agreement under section 865 of the Civil and Commercial Code.