



บริษัท แอเซียประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 AXA Insurance Public Company Limited
 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 23 118/67 ถนนเพชรบุรี 4
 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10120
 23rd Floor, Lumpini Tower, 118/67 Rama 4 Road,
 Thungmahavek Sathon, Bangkok, 10120
 Tel : 0-2679-7600, 0-2285-6385 Fax : 0-2285-6383
 ขอเชิญโทร โทร. 179
 A partnership with Bank of Asia

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลสมาร์ทแคร์

Application Form for SmartCare Personal Accident Insurance

1. ชื่อ / นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/น.ส.)
 The Applicant : Full Name (Mr./Mrs./Ms.)
 ที่อยู่
 Address
 รหัสไปรษณีย์ โทร. (บ้าน) โทร. (ที่ทำงาน)
 Postcode Tel. (Home) Tel. (Office)
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ หนังสือคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง เลขที่
 Identity card Government ID card Alien Certificate Passport No.
 ออกให้ ณ เขต จังหวัด/ประเทศ วันหมดอายุ
 Issued at Province/Country Expiry Date
 วัน เดือน ปี เกิด อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก สัญชาติ
 Date of Birth Age Height Weight Nationality
 อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป
 Occupation Position Job Description (in Brief)
 ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง
 Employer's Name Employer's Business
 ที่อยู่ของนายจ้าง
 Employer's Address

2. ชื่อ / นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.) อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
 Beneficiary : Full Name (Mr./Mrs./Ms.) Age Relationship to the Applicant
 ที่อยู่
 Address
 รหัสไปรษณีย์ โทร.
 Postcode Tel.

3. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุด เวลา 12.00 น.
 Period of Insurance : From at hours To at 12.00 hours

4. แผนประกันภัยที่ต้องการ แผน 1 แผน 2 แผน 3 แผน 4
 Please select benefits and suitable plan by ticking Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4

ผู้ขอเอาประกันภัย Self Only
 ผู้ขอเอาประกันภัย + คู่สมรส Self + Spouse
 ผู้ขอเอาประกันภัย + บุตร 1 คน Self + 1 Child
 จำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น No. of additional child(ren):
 *บุตรแต่ละคนเลือกซื้อได้สูงสุดแผน 2 Maximum plan for child is Plan 2

สมาร์ทแคร์ 1
 SmartCare 1

เบี้ยประกันภัยต่อปี / บาท (รวมภาษี / อากร) Annual Premium in Baht (Tax / Stamp included)

ผู้ขอเอาประกันภัย Self Only
 ผู้ขอเอาประกันภัย + คู่สมรส Self + Spouse
 ผู้ขอเอาประกันภัย + บุตร 1 คน Self + 1 Child
 จำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น No. of additional child(ren):
 *บุตรแต่ละคนเลือกซื้อได้สูงสุดแผน 2 Maximum plan for child is Plan 2

สมาร์ทแคร์ 2
 SmartCare 2

เบี้ยประกันภัยต่อปี / บาท (รวมภาษี / อากร) Annual Premium in Baht (Tax / Stamp included)

5. ชื่อ / นามสกุล คู่สมรส (นาย/นาง/น.ส.)
 Spouse : Full Name (Mr./Mrs./Ms.)
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ หนังสือคนต่างด้าว หนังสือเดินทางเลขที่ วัน เดือน ปี เกิด
 Identity card Government ID card Alien Certificate Passport No. Date of Birth

6. บุตรที่เอาประกันภัย Child(ren) to be insured

คนที่ 1 ชื่อ/นามสกุล อายุ บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรนักเรียน/นักศึกษา เลขที่
 Child 1 Full Name Age Identity card/Student card No.

คนที่ 2 ชื่อ/นามสกุล อายุ บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรนักเรียน/นักศึกษา เลขที่
 Child 2 Full Name Age Identity card/Student card No.

คนที่ 3 ชื่อ/นามสกุล อายุ บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรนักเรียน/นักศึกษา เลขที่
 Child 3 Full Name Age Identity card/Student card No.

7. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทฯ อื่นหรือไม่
 Do you have or have you proposed for personal accident or life insurance with this company or any other company ?
 ไม่มี มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งบริษัทและจำนวนเงินเอาประกันภัย
 No Yes If yes, name of insurance company and Sum Insured :

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือเคยถูกบอกเลิกสัญญาหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
 Have you ever been declined life insurance or personal accident or had your insurance been cancelled or renewal declined or Additional premium imposed for such insurance ?
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัย
 No Yes If yes, name of Insurance Company

9. ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
 In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury and being admitted for hospitalization ?
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัย ลักษณะความบาดเจ็บ
 No Yes If yes, name of Insurance Company Type of Injury
 จำนวนค่ารักษา ระยะเวลาการรักษา ผลการรักษา แพทย์ / โรงพยาบาลหรือสถานรักษา
 Medical fee Period of Treatment Result of Treatment Physician/Hospital or Polyclinic

10. ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่
 Do you drive or ride as a passenger on motorcycle ?
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
 No Occasionally Regularly

11. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 Do you take or consume alcoholic drinks ?
 ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
 No Occasionally Regularly

12. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ Do you have or have you ever been treated for ?

ก. โรคหัวใจ Heart disease	<input type="checkbox"/> ไม่ No	<input type="checkbox"/> เคย Yes	ข. โรคลมชัก Epilepsy	<input type="checkbox"/> ไม่ No	<input type="checkbox"/> เคย Yes	ค. โรคความดันโลหิตสูง Blood Pressure	<input type="checkbox"/> ไม่ No	<input type="checkbox"/> เคย Yes
ง. โรคเบาหวาน Diabetes	<input type="checkbox"/> ไม่ No	<input type="checkbox"/> เคย Yes	จ. โรคมะเร็ง Cancer	<input type="checkbox"/> ไม่ No	<input type="checkbox"/> เคย Yes	ฉ. โรคกระดูก Arthritis	<input type="checkbox"/> ไม่ No	<input type="checkbox"/> เคย Yes

13. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่
 Do you have defects in eyesight or hearing ?
 ไม่ มี ถ้ามีโปรดระบุ
 No Yes If yes, please state

14. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่
 Do you have any disabled parts of your body ?
 ไม่ มี ถ้ามีโปรดระบุ
 No Yes If yes, please state

15. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่
 Have you ever been taken drugs ?
 ไม่ มี ถ้ามีโปรดระบุ
 No Yes If yes, please state

16. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่
 Have you ever been sentenced for dealing with drugs ?
 ไม่ มี ถ้ามีโปรดระบุ
 No Yes If yes, please state

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ และทราบว่า การประกันภัยนี้จะไม่ผลบังคับจนกว่าทางบริษัทฯ จะยอมรับใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้แล้ว

I hereby warrant that the declarations herein are true and being a part of the insurance contract between me and the company, and understand that this insurance will not commence until the application is accepted by the company.

(.....) (.....) (.....)
 (ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์) (ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย) (ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม)
 Written by Applicant's Signature Legal Representative's Signature

วันที่
 Date

ตัวแทน Agent นายหน้าประกันภัย Broker ใบอนุญาตเลขที่ License No.

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทฯ อาจใช้เป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Reminder of the Department of Insurance, Ministry of Commerce

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have cause to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial code.