



redefining / insurance

บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)

AXA Insurance Public Company Limited

ชั้น 23 อาคารลุมพินี ทาวเวอร์ 1168/67 ถนนพระราม 4 แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

23rd Fl., Lumpini Tower, 1168/67 Rama IV Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120

Tel : 0-2679 7600, 0-2285 6385 Fax : 0-2285 6373, 0-2679-7262

E-mail : axathai@axa-insurance.co.th www.axa.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107537002729

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3101032024

### คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ Proposal for Accident Insurance

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 1.  | ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ<br>The Proposer : Name<br>ที่อยู่<br>Address<br><input type="checkbox"/> บัตรประชาชน Identity card<br><input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ Government Identity card<br><input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว Alien Certificate<br><input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง Passport<br>เลขที่(No.) ..... ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ(Issued at) ..... จังหวัด(Province) ..... ประเทศ(Country) .....  |  | เพศ<br>Sex<br>โทร.<br>Tel.<br>รหัสไปรษณีย์<br>Post Code |
| อายุ / Age<br>วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth<br>ความสูง / Height<br>น้ำหนัก / Weight<br>สัญชาติ / Nationality   |   |  |   |
| อาชีพปัจจุบัน<br>Present Occupation<br>ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป<br>Job description<br>เงินเดือน/ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ ..... บาท (Baht)<br>รายได้อื่นๆ (Others) ปีละ ..... บาท (Baht) แหล่งที่มา (Source) .....<br>(การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้ขอเอาประกันภัยโปรดแจ้งข้อเท็จจริง)<br>(The Company will consider the Proposer's earning to establish the sum to be insured, please give correct details.)<br>ชื่อนายจ้าง<br>Employer's Name<br>ที่อยู่ของนายจ้าง<br>Employer's Address<br>กิจการของนายจ้าง<br>Employer's Business<br>รหัสไปรษณีย์<br>Post Code<br>โทร.<br>Tel. |   | ตำแหน่ง<br>Position<br>ชั้นอาชีพ : Occupation Class .....  |   |
| 2.  | ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ<br>Beneficiary : Name<br>ที่อยู่<br>Address   | อายุ<br>Age<br>ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย<br>Relationship to the Proposer<br>รหัสไปรษณีย์<br>Post Code<br>โทร.<br>Tel. |   |
| 3.  | ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 12.00 น.<br>Period of Insurance required : From ..... at ..... hours. to ..... at 12.00 hours.   |  |   |
| 4.  | จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ<br>Sum Insured required<br>ข้อตกลงคุ้มครอง<br>Insuring Agreement<br>สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง<br>For coverage in Item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A. 2<br><input type="checkbox"/> ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)<br>Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A. 1)<br><input type="checkbox"/> ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 2)<br>Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight Hearing Speech or Permanent Disability (P.A. 2)<br>ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน ..... สัปดาห์<br>Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks<br>ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน ..... สัปดาห์<br>Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks<br>ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง<br>Item 4. Medical Expenses Each Accident<br>เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่มเติม Additional Premium<br>ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount<br>เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium<br>ภาษี Tax<br>อากกร Stamps<br>เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium |  |   |
| 5.  | ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้<br>Please include coverage on additional hazards as follows :<br><input type="checkbox"/> การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์<br>Driving of or riding as a passenger on motorcycles<br><input type="checkbox"/> การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์<br>Traveling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline<br><input type="checkbox"/> การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล<br>Strike Riot and Civil Commotion<br><input type="checkbox"/> การเล่นหรือแข่งขันกีฬาอันตราย<br>Playing or racing dangerous sport<br><input type="checkbox"/> การสงคราม ฯลฯ<br>War etc   |  |   |



|  |   |  |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
|--|---|--|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 6.   | ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ ?<br>Do you have or have proposed for personal accident insurance or Life insurance with the company or any other company?   | <input type="checkbox"/> ไม่มี(No)<br>บริษัท<br>Company  | <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ(Yes)<br>จำนวนเงินเอาประกันภัย<br>Sum insured | ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง If yes, please state       |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 7.   | ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ?<br>Have you ever been cancelled life insurance or personal accident insurance or had your insurance cancelled or had renewal declined or had additional premium imposed for such insurance ? | <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)<br>บริษัท<br>Company  | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)<br>จำนวนเงินเอาประกันภัย<br>Sum insured        | ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state:              |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 8.   | ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่ ?<br>Do you drive or ride as a passenger on motorcycle ?   | <input type="checkbox"/> ไม่<br>(No)   | <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว<br>(Occasionally)                          | <input type="checkbox"/> เป็นประจำ<br>(Regularly) |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 9.   | ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ?<br>Do you take or consume alcoholic drinks ?   | <input type="checkbox"/> ไม่<br>(No)   | <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว<br>(Occasionally)                          | <input type="checkbox"/> เป็นประจำ<br>(Regularly) |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 10.  | ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ?<br>In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized ?  | <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state:   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
|  |   | ระยะเวลา Period of Treatment.....<br>ลักษณะการบาดเจ็บ.....<br>Nature of injury.....<br>ผลการรักษา Result of Treatment.....<br>แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา.....<br>Physician/Hospital or Polyclinic.....   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 11.  | ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?<br>Do you have or have you ever been treated for ?  | <table border="0"> <tr> <td>ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion)</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ (No)</td> <td><input type="checkbox"/> เคย (Yes)</td> </tr> <tr> <td>ข. โรคหัวใจ (Heart Disease)</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ (No)</td> <td><input type="checkbox"/> เคย (Yes)</td> </tr> <tr> <td>ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ (No)</td> <td><input type="checkbox"/> เคย (Yes)</td> </tr> <tr> <td>ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus)</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ (No)</td> <td><input type="checkbox"/> เคย (Yes)</td> </tr> <tr> <td>จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculaskeletal)</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ (No)</td> <td><input type="checkbox"/> เคย (Yes)</td> </tr> <tr> <td>ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer)</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ (No)</td> <td><input type="checkbox"/> เคย (Yes)</td> </tr> <tr> <td>ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ (No)</td> <td><input type="checkbox"/> เคย (Yes)</td> </tr> </table> |   |   | ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculaskeletal) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) |
| ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion)             | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)   | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| ข. โรคหัวใจ (Heart Disease)                      | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)   | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)                | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)   | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus)                 | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)   | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculaskeletal) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)   | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer)                            | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)   | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)               | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)   | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)   |   |   |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 12.  | ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ?<br>Do you have defects in eyesight or hearing ?  | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)  | <input type="checkbox"/> มี (Yes)   | ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :              |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 13.  | ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่ ?<br>Do you have any disabled part of your body ?  | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)  | <input type="checkbox"/> มี (Yes)   | ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :              |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 14.  | ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ?<br>Have you ever taken narcotic drugs ?  | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)  | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)  | ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :              |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |
| 15.  | ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ?<br>Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs ?   | <input type="checkbox"/> ไม่ (No)  | <input type="checkbox"/> เคย (Yes)  | ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :              |                                      |                                   |                                    |                             |                                   |                                    |                                   |                                   |                                    |                                  |                                   |                                    |  |                                   |                                    |                       |                                   |                                    |                                    |                                   |                                    |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company.

( )  
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์  
Written by

( )  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
Proposer's Signature

( )  
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
Legal Representative's Signature

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
Date.....

☐ ตัวแทน  
Agent

☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้  
Broker

☐ ใบอนุญาตเลขที่.....  
License No.

### คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

### REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE

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