



เดินทาง / ขอมรสประกันภัย

บริษัท อกซ์ฟอร์ดไลฟ์ จำกัด (มหาชน)  
 AXA Insurance Public Company Limited  
 ชั้น 22 อาคารไอทีเอฟทาวเวอร์ 1156/25 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110  
 22nd Fl., ITC Tower, 1156/25 Rama IV Road,  
 Khlong Toei, Bangkok, Bangkok 10110  
 โทร : +66 2279 7000, 2245 0000 โทรสาร : +66 2279 6300  
 E-mail : contact@axainsurance.co.th www.axa.co.th  
 เลขบัญชี : 0-0233-0027-25 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0-101012324

**คำขอเอาประกันภัยเดินทางสมาร์ททราเวลเลอร์ พลัส**  
**Application Form for Smart Traveller Plus Insurance**

ผู้ขอเอาประกันภัย: \_\_\_\_\_ เพศ: ชาย / หญิง  
 The Applicant: Name in full: \_\_\_\_\_ Sex: Male / Female

ที่อยู่ปัจจุบัน/Address: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์/Post Code: \_\_\_\_\_

โทรศัพท์(บ้าน)/Tel.(Home): \_\_\_\_\_ โทรศัพท์(ที่ทำงาน)/Tel.(Office): \_\_\_\_\_

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/Marital Status:  สมรส/Married  โสด/Single จำนวนบุตร/Number of children: \_\_\_\_\_  
 อื่นๆ/Others

ระยะเวลาขอประกันภัย/Period of insurance: \_\_\_\_\_ วัน/days

- ออกจากที่พักที่ทางนในประเทศไทยเพื่อการเดินทาง: \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น.  
 Leave residence/office in Thailand for the trip on: ( วัน/เดือน/ปี - dd/mm/yy ) at \_\_\_\_\_ hours

- เดินทางกลับจากการเดินทางถึงที่พักที่ทำงานในประเทศไทย: \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น.  
 Return from trip to residence/office in Thailand on: ( วัน/เดือน/ปี - dd/mm/yy ) at \_\_\_\_\_ hours

ผลประโยชน์ที่เลือก/Benefit selected:  แผน1/Plan1  แผน2/Plan2  แผน3/Plan3  แผน4/Plan4  แผน5/Plan5

ชื่อผู้รับประโยชน์/Beneficiary: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์/Relationship: \_\_\_\_\_

เดินทางโดย/Travel by: \_\_\_\_\_ จุดหมายปลายทาง/Destination: \_\_\_\_\_

เบี้ยประกันภัย: \_\_\_\_\_ อากร: \_\_\_\_\_ ภาษีธุรกิจเฉพาะ: \_\_\_\_\_ เบี้ยประกันภัยรวม: \_\_\_\_\_  
 Premium: Stamps Duty: Tax: Total Premium:

ท่านมีหรือได้ซื้อเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือกับบริษัทอื่นหรือไม่?/Do you currently carry or have applied for Life or Accident Policy?  
 มี/Yes  ไม่มี/No

ถ้ามี โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัย  
 If yes, name of insurance company

กรณีประกันภัยแบบครอบครัวหรือแบบกลุ่ม โปรดให้รายละเอียดของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน  
 In case of Family or Group Insurance, please provide details of each insured person

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

กรณีที่ไม่พอกรุณาใช้เอกสารแผ่นใหม่/Please continue on a separate page - if necessary

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้องสมบูรณ์ และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท  
 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.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_  
 Applicant's Signature Date ( วัน/เดือน/ปี - dd/mm/yy )

ตัวแทน/Agent  นายหน้าประกันภัย/Broker \_\_\_\_\_ ใบอนุญาตเลขที่/License No. \_\_\_\_\_

คำเตือน: ขอแจ้งว่ากรมการประกันภัยและสำนักงานกรมการประกันภัยขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการรับประกันภัย  
 โปรดอ่านข้อบังคับกรมการประกันภัยฉบับนี้และข้อมติกรมการประกันภัย  
 โปรดอ่านข้อบังคับกรมการประกันภัยฉบับนี้และข้อมติกรมการประกันภัย  
 โปรดอ่านข้อบังคับกรมการประกันภัยฉบับนี้และข้อมติกรมการประกันภัย

ให้สอบถามข้อสงสัยทุกประการตามความจริง มิฉะนั้นบริษัทฯ ขออภัยเป็นเหตุ ปฏิเสธการรับประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้อกำหนดตารางและผลประโยชน์คุ้มครองการเดินทางไปต่างประเทศ แผน 2  
 สมาร์ททราเวลเลอร์ พลัส Plan 2

ความคุ้มครอง / ผลประโยชน์	จำนวนเงินจำกัดความรับผิด (บาท)
	/ Limit of Liability (Baht)
	แผน 2 / Plan 2
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ Personal Accident Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability	1,000,000
2. การรักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย Medical Expense due to Accident and Sickness	2,000,000
3. การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการเคลื่อนย้ายกลับประเทศไทย Emergency Medical Evacuation and Repatriation	1,000,000
4. ค่าใช้จ่ายในการส่งศพ หรืออัฐิกลับประเทศ Repatriation	1,000,000
5. ความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก Personal Liability	1,000,000
6. การยกเลิกการเดินทาง Trip Cancellation	10,000
7. การลดจำนวนวันเดินทาง Trip Curtailment	10,000
8. การไปเยี่ยมผู้เอาประกันภัย Compassionate Visitation Benefit	Two way economy class
9. การส่งผู้เยาว์ไปเพื่อเดินทางกลับประเทศ Return of Children	One way economy class
10. ผลประโยชน์การขยายระยะเวลาโดยอัตโนมัติ (สูงสุดไม่เกิน 15 วัน) Automatic Extension of Travel Period (Maximum 15 days)	Cover

ตารางอัตราเบี้ยประกันภัย

จำนวนวันเดินทาง / Days	เบี้ยประกัน แผน 2 (บาท)
1-4 วัน	240.00
5-6 วัน	299.00
7-8 วัน	330.00
9-14 วัน	449.00
15-21 วัน	670.00
22-31 วัน	980.00
32-60 วัน	1,488.00
61-90 วัน	2,350.00
รายปี	2,849.00

## เอกสารแนบการจัดทำประกันภัยการเดินทางไปต่างประเทศ

๑. สำเนาหนังสือเดินทาง (พร้อมเซ็นสำเนาถูกต้อง)

ส่งคืน บริหารทรัพยากรบุคคล คณะวิศวกรรมฯ โทร. ๓๔๘๖

ประเสริฐพร (ดำ)