



ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางเพื่อธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศก์

Travel Accident Policy for Tour Operator and Tour Guide Application Form

จำเป็นต้องตอบคำถามทุกข้อ / Answers must be provided to all questions

1. รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย / Policy Holder Details

ชื่อบริษัท: _____ Company Name			
ที่อยู่บริษัท: _____ Company Address			
โทรศัพท์: _____ Telephone Number	อีเมล: _____ Email		
ทะเบียนบริษัทเลขที่: _____ Company Registration Number	ใบอนุญาตประกอบธุรกิจนำเที่ยวเลขที่: _____ TAT Tourism License Number		
ประเภทใบอนุญาตประกอบธุรกิจนำเที่ยว (สามารถเลือกได้หลายตัวเลือก): Type of TAT Tourism License (Accept multiple selections)	<input type="checkbox"/> เดินทางภายในประเทศไทย (Domestic)	<input type="checkbox"/> เดินทางเข้าประเทศไทย (Inbound)	<input type="checkbox"/> เดินทางไปต่างประเทศ (Outbound)

2. แผนประกันภัย / Insurance Plan

เริ่มต้นวันที่: _____ (ระยะเวลาเอาประกันภัย 365 วัน)
Policy Start Date: _____ (Period of Insurance 365 Days)

แผน 1 / PLAN 1

แผน 2 / PLAN 2

แผน 3 / PLAN 3

โปรดเลือกจำนวนวันคุ้มครองสูงสุดต่อการเดินทาง และจำนวนผู้เอาประกันภัย
Please select maximum duration days per trip and number of insured persons

- จำนวนวันคุ้มครองสูงสุด 15 วันต่อการเดินทาง
Maximum 15 days per trip
จำนวนผู้เอาประกันภัยตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย (จำนวนผู้เอาประกันภัยขั้นต่ำ 100 คน): _____
Number of insured persons per period of insurance (Minimum 100 insured persons)
- จำนวนวันคุ้มครองสูงสุด 1 วันต่อการเดินทาง
Maximum 1 day per trip
จำนวนผู้เอาประกันภัยตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย (จำนวนผู้เอาประกันภัยขั้นต่ำ 200 คน): _____
Number of insured persons per period of insurance (Minimum 200 insured persons)

ความคุ้มครอง Coverage	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)		
	แผน 1 / PLAN 1	แผน 2 / PLAN 2	แผน 3 / PLAN 3
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรืออวัยวะพิการถาวรสิ้นเชิง Personal Accident Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability	1,000,000	1,000,000	2,000,000
การรักษาพยาบาล เนื่องจากการบาดเจ็บเท่านั้น Medical Expense due to Accident Only	500,000	500,000	500,000
ความรับผิดตามกฎหมายต่อบุคคลภายนอก Third Party Liability	100,000	100,000	100,000
การขยายความคุ้มครองอาหารเป็นพิษ Food Poison	N/A	100,000	100,000

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



การประกันภัยนี้อยู่ภายใต้เงื่อนไข / This policy is subject to the conditions:

1. กรมธรรม์ประกันภัยจะคุ้มครองความเสียหายสูงสุดแต่ละครั้งไม่เกิน 50,000,000 บาท ต่อเหตุการณ์ และความรับผิดรวมของบริษัทไม่เกิน 50,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย
This policy will cover up to 50,000,000 Baht per an event of loss and maximum limit of liability is 50,000,000 Baht per policy period.
2. ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเพียง 1 ฉบับ เท่านั้น
The Inured person will be insured under 1 policy only.
3. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยจะต้องจัดส่งรายชื่อผู้เอาประกันภัยล่วงหน้าก่อนการเดินทางทุกครั้ง
The policyholder must provide name lists of the Insured persons before trip starts.
4. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยจะต้องจัดส่งสำเนาหนังสือจดทะเบียนบริษัท ใบอนุญาตประกอบธุรกิจนำเที่ยว บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ที่มีอำนาจลงนาม และหนังสือมอบอำนาจของ Attorney.
The policyholder must provide the copy of Company Registration, TAT Tourism License, ID of policyholder's Authorized Person and Power of Attorney.
5. เงื่อนไขอื่นๆ เป็นไปตามกรมธรรม์ประกันภัย
For other conditions, please refer to Insurance Policy.

3. เบี้ยประกันภัย / Insurance Premium

เบี้ยประกันภัยสุทธิ: _____ บาท	อากรแสตมป์: _____ บาท
Net premium _____ Baht	Stamps _____ Baht
ภาษีธุรกิจเฉพาะ: _____ บาท	เบี้ยประกันภัยรวม: _____ บาท
Tax: _____ Baht	Total Premium _____ Baht

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้ค่าของเอาประกันภัยนี้เป็นมูลค่าของสัญญาประกันภัยระหว่างเจ้าพ่และบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

The Applicant requests to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of this Travel Accident Policy for Tour Operator and Tour Guide Policy. The Applicant declares and warrants that the above answers are true and complete. This proposal shall be the basis of the contract between the Applicant and the Company. If any of my statement is untrue or false, this Insurance Policy becomes voidable. The Company is entitled to void the Insurance Policy according to the Civil Commercial Code Section 865.

The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

If the Insured does not allow the Company to investigate his/her claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the Company reserves the right not to pay such claims.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

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

วันที่ _____ / _____ / _____
Date

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย
Policyholder's Authorized Person Signature

- การประกันภัยโดยตรง Direct ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent นายหน้าประกันวินาศภัย Broker ใบอนุญาตเลขที่ _____ License No.

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**



เมื่อคุณดำเนินการนำส่งใบคำขอเอาประกันภัยนี้ให้แก่บริษัท บริษัทถือว่าคุณได้รับรู้และยอมรับนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนหนึ่งของเอกสารที่ระบุในลิงค์ <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 หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่ง 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.



แบบสอบถามการรับประกันภัย Underwriting Questionnaire

จำเป็นต้องตอบคำถามทุกข้อ / Answers must be provided to all questions

1. กิจกรรมหลักใดต่อไปนี้เป็นที่บริษัททัวร์ของท่านให้บริการ? (สามารถเลือกได้หลายตัวเลือก)

What is the main activity of the tours organized by the Tour Operator? (Accept multiple selections)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ทัวร์เมือง / ทัวร์วัด (City / Temple sightseeing) | <input type="checkbox"/> การดำน้ำ (Scuba diving) |
| <input type="checkbox"/> การเดินป่าแบบระยะสั้น (Hiking) | <input type="checkbox"/> การไต่หน้าผา และการปีนเขา (Rock climbing) |
| <input type="checkbox"/> การเดินป่าแบบระยะยาว (Trekking) | <input type="checkbox"/> การไต่ตัวจากที่สูง (Abseiling) |
| <input type="checkbox"/> ทัวร์เกาะ (Island tour) | <input type="checkbox"/> การขี่ม้า หรือขี่ช้าง (Horse riding / elephant riding) |
| <input type="checkbox"/> กิจกรรมทางน้ำแบบไม่มีเครื่องยนต์ เช่น ดำน้ำตื้น การโต้คลื่น แพดเดิ้ลบอร์ด เรือแคนูและเรือคายัค
(Non-motorized water activities, e.g., snorkeling, surfing paddle board, canoeing and kayaking) | <input type="checkbox"/> การล่องแพ หรือล่องแก่ง (Rafting) |
| <input type="checkbox"/> จักรยานเสือภูเขา (Mountain bike) | <input type="checkbox"/> กิจกรรมทางน้ำแบบมีเครื่องยนต์ เช่น การขับเจ็ทสกี และการนั่งบานาน่าโบ๊ท
(Motorized water activities, e.g., jet skiing and banana boat ride) |
| <input type="checkbox"/> กิจกรรมค่ายกลางแจ้ง (Outdoor camp activities) | <input type="checkbox"/> ปางช้าง และ/หรือฟาร์มสัตว์ (Elephant sanctuary and/or animal farms) |
| <input type="checkbox"/> การขับรถอทีวี (ATV) | <input type="checkbox"/> กิจกรรมกีฬาที่มีการเล่นแบบมืออาชีพ (Sports activities for professional players) |
| <input type="checkbox"/> เพนท์บอล (Paintball) | <input type="checkbox"/> กิจกรรมที่มีการแข่งขันโดยได้รับเงินรางวัล เงินบริจาค หรือรางวัลอื่นๆ
(Competition involving prize money, donations, or any kinds of rewards) |
| | <input type="checkbox"/> กิจกรรมอื่นๆ โปรดระบุ (Other activities, please specify) _____ |

2. นิกท่องเที่ยวที่ใช้บริการทัวร์ของท่านเดินทางมาจากประเทศใดเป็นหลัก?

What is the main country of residence of the tourist?

3. โปรดระบุบริษัทประกันภัยที่ท่านใช้ในปัจจุบัน (หากมี)

Please specify your existing insurer (if any)

4. เคยมีประวัติเรียกร้องสินไหมในระยะเวลา 3 ปี ย้อนหลังหรือไม่? ถ้าใช่ โปรดระบุรายละเอียด

Do you have claims experience in the past 3 years? If yes, please specify more details

- ใช่ _____ ไม่ใช่ _____
Yes No

วันที่ _____ / _____ / _____
Date

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย
Policyholder's Authorized Person Signature

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย รายละเอียดเงื่อนไข ความคุ้มครองและข้อยกเว้นที่สมบูรณ์จะระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

**This document is not an insurance contract. Full terms & conditions, coverages and exclusions are specified in the Insurance Policy

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