

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (DRP)  
(ประเภทผู้ขับขี่และผู้โดยสารไม่ระบุชื่อ)

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

อาชีพ ..... อายุ ..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล.....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์.....

ชนิดของรถยนต์

ชนิดของรถยนต์ ..... คนขับประจำ  มี  ไม่มี

หมายเลขทะเบียน ..... เลขเครื่อง ..... เลขตัวถัง .....

จำนวนที่นั่งตามป้ายวงกลม ..... ที่นั่ง.....

จำนวนที่นั่งที่เอาประกันภัย ..... ที่นั่ง.....

จำนวนเงินที่เอาประกันภัยต่อหนึ่งที่นั่ง เพื่อมรณกรรม/การสูญเสียมือเท้าหรือสายตา ..... บาท

จำนวนเงินที่เอาประกันภัยต่อหนึ่งที่นั่ง เพื่อค่ารักษาพยาบาล ..... บาท

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์ .....

ที่อยู่ .....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ และยอมรับว่า ใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นเสมือนหนึ่งข้อตกลงระหว่างข้าพเจ้ากับ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอยอมรับกรมธรรม์ประกันภัย ตามเงื่อนไข และข้อตกลงที่ได้กำหนดไว้ หรือได้สลักหลังไว้โดย บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ ..... 12.00 น.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

สำหรับเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ เป็นผู้กรอก

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ..... เบี้ยประกันภัย..... ที่นั่งรวม..... บาท

ประเภท ..... ภาษี ..... บาท

กรมธรรม์ประกันภัยเดิมเลขที่ ..... อากรแสดมปี ..... บาท

ผู้แทน ..... เบี้ยประกันรวม ..... บาท

ผู้อนุมัติ .....