

ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล/กลุ่ม(มิตรแท้) Proposal for Accident Insurance

1.	ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (The Holder) ชื่อ (Name) _____ โทรศัพท์ (Tel.) _____ โทรสาร (Fax) _____ มือถือ (Mobile) _____ ที่อยู่ (Address) _____ รหัสไปรษณีย์ (Post Code) _____ หนังสือจดทะเบียนบริษัทเลขที่ (ID Register) _____
	ลักษณะธุรกิจ (The Business) _____ จำนวนพนักงาน (Number of employee) _____ คน (persons) เพศชาย (Male) _____ คน (persons) และเพศหญิง (Female) _____ คน (persons)
2.	ผู้ขอเอาประกันภัย (The Proposer) : _____ ชื่อ-นามสกุล (Name) _____ ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary) : _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship of the Proposer) _____
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้น วันที่ (Period of Insurance : From) _____ เวลา At _____ น. สิ้นสุดวันที่ (To) _____ เวลา At _____ น. hours. hours.
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ (Sum Insured Required) แผน 1 (plan 1) แผน 2 (plan 2) แผน 3 (plan 3) แผน 4 (plan 4)
5.	ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? Do you drive or ride as a passenger on motorcycle? <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)
6.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? Do you take or consume alcohol drinks? <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)
7.	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่? 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) ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม (period) จำนวน _____ วัน (days) ลักษณะการบาดเจ็บ (Nature of Injury) _____ ผลการรักษา (Result of Treatment) _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา (Physician/Hospital of Polyclinic) _____
8.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? Do you have or have you ever been treated for? 11.1 โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes 11.2 โรคหัวใจ (Heart Disease) <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes 11.3 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes 11.4 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes 11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes 11.6 โรคมะเร็ง (Cancer) <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes 11.7 โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes
9.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? Do you have defects in eyesight or hearing? <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____

10.	ท่านมีวิหะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? Do you have any disabled part of your body? <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____
11.	ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? Have you ever taken narcotic drugs? <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____
12.	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่? Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs? <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงความรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใดที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินการด้านธุรกิจประกันภัย</p> <p>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. In addition, I/We would like to authorize the insurance company to disclose insurance information and details in the status of an insurance applicant to the company, agency or any other person responsible for the insurance business.</p>	
<p>(_____) (_____) (_____)</p> <p>ลงลายมือชื่อ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ลงลายมือชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย ลงลายมือชื่อ ผู้แทน โดยชอบธรรม</p> <p>The Holder by The Proposer Signature Legal representative's Signature</p> <p>วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....</p> <p><input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง (Direct) <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker)</p> <p>ใบอนุญาตเลขที่ (License No.)</p> <p>ถ้าต้องการข่าวก่อนจะสมัครกรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (กปร.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> <p style="text-align: center;">REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION:</p> <p>Give answer 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.</p>	

แผนความคุ้มครองประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และกลุ่ม สำหรับผู้ใช้แรงงานต่างด้าว (คุ้มครอง 24 ชั่วโมงทั่วโลก)				
ความคุ้มครอง (อ.บ.2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) ต่อคน			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง ทูฟพลมาถาวร	50,000	50,000	100,000	100,000
2. การเสียชีวิต จากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย	50,000	50,000	50,000	50,000
3. อุบัติเหตุจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	50,000	50,000	50,000
4. ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน นับจากกรมธรรม์มีผลบังคับ)	5,000	5,000	5,000	5,000
5. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุครั้งละ	-	5,000	-	10,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ (ต่อคน)	200	550	400	820



คุ้มครองทั่วโลก
24 ชั่วโมง



เบี้ยเริ่มต้น
200
บาท / ปี



สนใจสอบถามเพิ่มเติมติดต่อ:

แผนรับประกันภัยอุบัติเหตุและเบ็ดเตล็ด

Line ID.: misc01 E-mail: misc.acc@mittare.com

Mittare Contact Center Ins. 0-2640-7777
สายด่วนแจ้งอุบัติเหตุ โทร. 1741 ตลอด 24 ชม.

