

**ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA 700)**

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....

เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก  -  -  -  -

อาชีพ.....ลักษณะการทำงาน.....เบอร์โทร.....

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....  
ที่อยู่.....

อาชีพ.....เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก  -  -  -  -

วันเริ่มต้นคุ้มครอง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง**

1. ท่านมีหรือได้ขอประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่มี  มี  
ได้ขอไว้กับบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บ  
เบี้ยเอาประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
3. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่  ไม่ดื่ม  ดื่มเป็นครั้งคราว  ดื่มประจำ
4. ปัจจุบันท่านมีเงินเดือน หรือรายได้รวมทั้งสิ้น ปีละ.....บาท รายได้อื่น ๆ ปีละ.....บาท
5. ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
ลักษณะการบาดเจ็บ.....
6. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษา โรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูก  
โรคกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์  ไม่เคย  เคย โรค.....
7. ท่านมีความผิดปกติทางสายตา หรือประสาทหูบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี ดังนี้.....
8. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย ดังนี้.....
9. ท่านไม่เป็นผู้พิการ หรือได้รับบาดเจ็บ และ/หรือไม่เป็นผู้ป่วยร้ายแรงหรือโรคเรื้อรัง ก่อนทำประกันภัย  ไม่มี  มี  
เป็น.....
10. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่  
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร  
ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด  
 ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์  
โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล  
และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ ใช้และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและ  
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....วันที่.....ตัวแทน/นายหน้า.....

**คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะส่งผลให้สัญญาที่คคเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมี  
สิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้