

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252
 295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
 โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252
 295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500
 Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (มิตรแท้)

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทร./ที่ทำงาน _____ โทรมือถือ _____		
	ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____		
	<input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง		
	เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____		
	อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	สัญชาติ
อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____			
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____		
	ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร./ที่ทำงาน _____ โทรมือถือ _____		
	<input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง		
	เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____		
(บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง)			
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น.	16.30 น.
4.	แผนประกันภัยที่ต้องการ		
	<input type="checkbox"/> มิตรแท้ 1	<input type="checkbox"/> มิตรแท้ 2	<input type="checkbox"/> มิตรแท้ 3
	<input type="checkbox"/> ชั้น อาชีพ 1 <input type="checkbox"/> ชั้น อาชีพ 2	<input type="checkbox"/> ชั้น อาชีพ 1 <input type="checkbox"/> ชั้น อาชีพ 2	<input type="checkbox"/> ชั้น อาชีพ 1 <input type="checkbox"/> ชั้น อาชีพ 2
เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (สำหรับบุคคลช่วงอายุ 1 เดือน - 65 ปี)			
5.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่?		<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย โรค _____

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

()
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

()
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

งานประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้