

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					
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุการชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สำหรับรายย่อย (ไมโครอินชัวร์نس)					
ข้อมูลผู้เอาประกันภัย					
1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ 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. _____ โทรมือถือ _____				
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น.				
4.	แผนประกันภัยที่ต้องการ		จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
	ความคุ้มครอง		500 บาท ต่อวัน		
	ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ และกรณีพักรักษาตัว ในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ชดเชยรายได้ 2 เท่า สูงสุดไม่เกิน 14 วัน และรวมกันไม่เกิน 365 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)		400		
	เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (สำหรับบุคคลช่วงอายุ 3 - 60 ปี)		400		
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  โบราณคดีเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมิผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้