

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 (มิตรแท้สบายหายห่วง)

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทรศัพท์ _____ มือถือ _____
 ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
 เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____
 อายุ (ปี) _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ สัญชาติ _____
 อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____

2. ผู้รับประโยชน์: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย _____
 ที่อยู่ _____
 รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือถือ _____

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 16.30 น.

4. แผนประกันภัยที่ต้องการ	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท/วัน)			
	<input type="checkbox"/> AH2	<input type="checkbox"/> AH3	<input type="checkbox"/> AH4	<input type="checkbox"/> AH5
ความคุ้มครอง ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ และกรณีพักรักษาตัว ในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ชดเชยรายได้ 2 เท่า สูงสุดไม่เกิน 14 วัน และรวมกันไม่เกิน 365 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	600	1,000	1,500	2,000
เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (สำหรับบุคคลช่วงอายุ 3 - 60 ปี)	480	760	1,110	1,360

5. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่ ?
 ไม่ 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 ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
 วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....

งานประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณคดีเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้