

ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัยอุบัติเหตุการชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
(แผนมิตรแท้สบายหายห่วงชดเชยรายได้รายวัน)

แผน AH 4

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

1.	ผู้เอาประกันภัย: ชื่อ _____ 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.	ผู้รับประโยชน์: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือถือ _____
----	---

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

4.	แผนประกันภัยที่ต้องการ
----	------------------------

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุและกรณีพักรักษาตัว ในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ชดเชยรายได้ 2 เท่า สูงสุดไม่เกิน 14 วัน และรวมกันไม่เกิน 365 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	1,500.-
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีมูลค่าเพิ่มและอากรแสตมป์ต่อปี (สำหรับบุคคลช่วงอายุ 3 - 60 ปี)	1,110.-

5.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย โรค _____
----	---

6.	ท่านไม่เป็นผู้พิการ หรือได้รับบาดเจ็บ และ/หรือไม่เป็นผู้ป่วยร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังก่อนทำประกันภัย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ เป็น _____
----	---

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

(_____)
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

(_____)
ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

งานประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้