

ข้อแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัทมิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ?

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2. ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือ เคยเป็น หรือ มีการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือ เคยได้รับการตรวจรักษา หรือคำบอกกล่าวหรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิดโรคเอดส์ หรือมีความพิการหรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่ ?

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มีโปรดระบุ

กรณีคุ้มครองโรคร้ายแรง

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรงไว้กับบริษัทมิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยเอาประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ?

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3. ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยมะเร็ง เนื้องอก หรือก้อนเนื้อ หรือตุ่มเนื้อ หรือซิสต์ ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดออก หรือผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนทำประกันภัย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบบี, ซี โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง หรือไตวาย ความดันโลหิตสูง ที่เคยนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคนี มีคลอเลสเทอรอล ในเลือดสูงเกิน 280 mg/dl โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคพิษสุราเรื้อรัง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิกการหรือไม่ ?

ไม่เคย เคย โปรดระบุ

4. ภายในระยะเวลา 5 ปีจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นอันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บใด ๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำหรือยังมีความผิดปกติ/การเจ็บป่วย/อาการเรื้อรังอื่นใดซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากการแพทย์ หรือเคยเข้ารับการรักษาดังกล่าวเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใด ๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

ไม่เคย เคย โปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทมิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด เกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

()

วัน เดือน พ.ศ.

ตัวแทน นายหน้า ประกันวินาศภัยรายนี้ใบอนุญาตเลขที่

เอกสารประกอบแจ้งทำประกันภัย (หลังจากแผนฯ พิจารณาจากใบคำขอแล้ว)

- 1. กรอกใบคำขอ
- 2. แนบสำเนาบัตรประชาชน
- 3. แผนประกันภัยที่เลือก เบี้ยประกัน
- 4. แจ้งวันคุ้มครองวันที่ เดือน พ.ศ.
- 5. รหัสตัวแทน..... เบอร์โทร.....