

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252

295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500

โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799

Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (มิตรแท้)

สำหรับแผน PLV,PAI, PAJ, PMA

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่บัตร _____ วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) _____ อายุ _____ ปี สถานภาพ _____ อาชีพ/ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ รายได้/เดือน _____ แหล่งที่มา/หน่วยงาน _____ โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail _____ ที่อยู่ติดต่อได้ _____
2.	ผู้รับประโยชน์: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่บัตร _____
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น. 24.00 น.
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ ประเภท <input type="checkbox"/> แผน PLV แผน _____ เบี้ยประกันภัย _____ บาท <input type="checkbox"/> แผน PAI แผน _____ เบี้ยประกันภัย _____ บาท <input type="checkbox"/> แผน PAJ แผน _____ เบี้ยประกันภัย _____ บาท <input type="checkbox"/> แผน PMA แผน _____ เบี้ยประกันภัย _____ บาท
5.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล, <input type="checkbox"/> การประกันชีวิต, <input type="checkbox"/> การประกันภัยประเภทอื่นๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี กับบริษัท _____
6.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input checked="" type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____
7.	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุลักษณะการบาดเจ็บ _____
8.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษา โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โรค _____
9.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูหรือมือวิาะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____
10.	ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุ _____
11.	ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอถอนเงินคืนตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็น กับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทางการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

() ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์	() ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....	() ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ในอนุญาตเลขที่.....		
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอก ล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865		