บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252
295 ถนนสี่พระยา แขวงสี่พระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799

มิตรแท้ จริงใจ เปิดเผย

Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252
295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500
Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัย **สำหรับแผนPA แรงงานต่างด้าว**

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล/กลุ่ม(มิตรแท้) Proposal for Accident Insurance

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (The Holder)

ชื่อ (Name) _____

โทรศัพท์ (Tel.) _____ โทรสาร (Fax) _____ มือถือ (Mobile) _____

ที่อยู่ (Address) _____

รหัสไปรษณีย์ (Postcode) _____ หนังสือจดทะเบียนบริษัทเลขที่ (ID Register)_____

ลักษณะธุรกิจ (The Business) _____

จำนวนพนักงาน (Number of employee) ____คน (persons) เพศชาย (Male)____คน (persons) และเพศหญิง (Female) _____คน (persons)

2. ผู้ขอเอาประกันภัย (The Proposer) : _____

ชื่อ-นามสกุล (Name) _____

ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary) : _____

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship of the Proposer) _____

3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ (Period of Insurance: From)	เวลา _____ น. At hours.	สิ้นสุดวันที่ _____ To	เวลา 24.00 น. At p.m.

4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ (Sum Insured Required)

[ ] แผน 1 (plan 1) **[ ] แผน 2 (plan 2)** **[ ] แผน 3 (plan 3)** **[ ] แผน 4 (plan 4)**

5.	ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? Do you drive or ride as a passenger on motorcycle.?	☐ไม่เคย (No) ☐ เป็นครั้งคราว (Occasionally) ☐เป็นประจำ (Regularly)
6.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? Do you take or consume alcohol drinks.?	☐ไม่เคย (No) ☐ เป็นครั้งคราว (Occasionally) ☐เป็นประจำ (Regularly)

7. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่?

In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized.?

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง (If yes, please state)

ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม (period) จำนวน _____ วัน (days)

ลักษณะการบาดเจ็บ (Nature of Injury) _____

ผลการรักษา (Result of Treatment) _____

แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา (Physician/Hospital of Polyclinic) _____

8.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? Do you have or have you ever been treated for?		
	11.1 โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion)	☐ไม่เคย No	☐เคย Yes
	11.2 โรคหัวใจ (Heart Disease)	☐ไม่เคย No	☐เคย Yes
	11.3 ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	☐ไม่เคย No	☐เคย Yes
	11.4 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	☐ไม่เคย No	☐เคย Yes
	11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal)	☐ไม่เคย No	☐เคย Yes
	11.6 โรคมะเร็ง (Cancer)	☐ไม่เคย No	☐เคย Yes
	11.7 โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)	☐ไม่เคย No	☐เคย Yes

9.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? Do you have defects in eyesight or hearing?	☐ไม่ No ☐ มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state_____
10	ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? Do you have any disabled part of your body?	☐ไม่ No ☐ มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state_____
11	ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? Have you ever taken narcotic drugs?	☐ไม่ No ☐ มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state_____
12	ท่าน เคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพย์ติดบ้างหรือไม่? Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?	☐ไม่ No ☐ มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state_____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company. In addition, I/We would like to authorize the insurance company to disclose insurance information and details in the status of an insurance applicant to the company, agency or any other person responsible for the insurance business.

_____	_____	_____
( )	( )	( )
ลงลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย The Holder by	ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย The Proposer Signature	ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม Legal representative's Signature

วันที่_____**เดือน**_____**พ.ศ.** _____

☐**การประกันภัยโดยตรง** (Direct) ☐ **ตัวแทนประกันวินาศภัย** (Agent) ☐**นายหน้าประกันวินาศภัย** (Broker)

ใบอนุญาตเลขที่ (License No.) _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION:

Give answer to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial code.