

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						
กรมธรรม์ประกันภัยชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ						
ข้อมูลผู้เอาประกันภัย						
1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทรศัพท์ _____ โทรมือถือ _____ 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.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือถือ _____					
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24.00 น.					
4.	แผนประกันภัยที่ต้องการ					
	ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		AH1	AH2	AH3	AH4	
	ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ รวมอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (ต่อวัน) และในกรณีการเข้ารักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) จากอุบัติเหตุ รวมอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ ชดเชยรายได้ 2 เท่า สูงสุดไม่เกิน 14 วัน ต่อครั้ง และรวมกันสูงสุดไม่เกิน 30 วันต่อการบาดเจ็บแต่ละครั้ง	500	600	1,000	1,500	2,000
	เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (สำหรับบุคคลช่วงอายุ 3 - 60 ปี)	400	480	760	1,110	1,360
5.	ปัจจุบันท่านมีความคุ้มครองชดเชยรายได้กรณีพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ หรือมีกรมธรรม์ประกันภัยที่มีความคุ้มครองชดเชยรายได้กรณีพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุไว้กับบริษัทใดหรือไม่?		<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี จำนวน _____ กรมธรรม์รวมเป็นเงินจำนวน _____ บาท			
6.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่?		ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด(มหาชน) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริง

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

เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล
ธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

	ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย _____ (_____) วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
--	---

<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง Direct	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย Broker	ใบอนุญาตเลขที่ _____ License No.
--	---	---	--

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามเป็นความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) มีนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่

URL: https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504

หรือ ทิวอาร์โค้ด:



จริงใจ เปิดเผย