

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

**ใบคำขอเอาประกันภัยประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล รวม 5 โรคร้ายแรง (PCI)**

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 13 หลัก .....  
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ ..... ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก..... กก.  
 อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....  
 สถานที่ทำงาน .....  
 ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์ .....  
 ที่อยู่.....  
 ข้าพเจ้าเลือกความคุ้มครอง แผน .....ทุนประกันภัย ..... บาท  
 เบี้ยประกันภัย ..... บาท คุ้มครอง 1 ปี วันที่ .....

**ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย**

- พ่อแม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งตั้งแต่ก่อนหรือหลังคลอดหรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น  ใช่  ไม่ใช่  
 มะเร็งเต้านม  มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก  มะเร็งรังไข่  มะเร็งลำไส้  
 มะเร็งจอตา  มะเร็งเม็ดเลือดขาว  
 มะเร็งอื่นๆ ระบุ.....  
 โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....
- ประวัติการสูบบุหรี่  
 ในอดีต  ไม่เคยสูบ  เคยสูบล้นละ ..... มวน  
 เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี  
 ปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบล้นละ ..... มวน
- ผู้ขอเอาประกันภัยรับรู้ด้วยตัวเอง เคยป่วย หรือ ได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือ ได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?  
 ใช่  ไม่ใช่  
 โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น)  โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV  
 ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)  
 ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)  
 ตับแข็ง, ตับอักเสบ  
 ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)  
 โรคมะเร็งเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท..... อวัยวะที่เป็น.....)  
 ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด  
 ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกัน

