

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

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบสำเร็จรูป รหัส PLV (PA-PACKAGE) ปี 2557

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี
 ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย.....
 อาชีพ.....ลักษณะการทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก

ทุนประกันภัยที่ต้องการ

จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 วันเริ่มต้นคุ้มครอง วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา 12.00 น.

ค่าปลงศพ : ผู้เอาประกันภัยที่มีกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งมีค่าปลงศพมากกว่า 3 ฉบับ บริษัทจะจ่ายค่าปลงศพรวมกันแล้วไม่เกิน 3 ฉบับ

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....
 ที่อยู่ผู้รับผลประโยชน์.....

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง

1. ท่านมีหรือได้ขอประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิต ไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี
 ได้ขอไว้กับบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บ
 เบี้ยเอาประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ไม่เคย เคย
 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
3. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว ประจำ
4. ปัจจุบันท่านมีเงินเดือน หรือรายได้รวมทั้งสิ้น ปีละ.....บาท รายได้อื่น ๆ ปีละ.....บาท
5. ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่เคย เคย
 ชื่อโรงพยาบาล.....ลักษณะการบาดเจ็บ.....
 ผลการรักษา.....จำนวนเงินทดแทน.....บาท
6. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษา โรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคลมชักเคย ไม่เคย โรคหัวใจ เคย ไม่เคย
 โรคความดันโลหิตสูง เคย ไม่เคย โรคเบาหวาน เคย ไม่เคย โรคกระดูก เคย ไม่เคย
 โรคกล้ามเนื้อ เคย ไม่เคย โรคมะเร็ง เคย ไม่เคย โรคเอดส์ เคย ไม่เคย
7. ท่านมีความผิดปกติทางสายตา หรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้.....
8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้.....
9. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย ดังนี้.....
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
 ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....วันที่.....ตัวแทน/นายหน้า.....

คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาที่ตนเป็น
 โมฆียะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่แผนกรับประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและเบ็ดเตล็ด

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กทม. 10500

โทรศัพท์ 0-2640-7777 ต่อ 6604, 6605, 6608, 6610 โทรสาร 0-2640-7799 ต่อ 6604, 6605, 6608, 6610