

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุการชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (มิตรแท้สบายหายห่วง)

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____	อายุ _____	โทรศัพท์ _____	มือถือ _____	ที่อยู่ _____	รหัสไปรษณีย์ _____
	<input type="checkbox"/> บัณฑิตประชาชน	<input type="checkbox"/> บัณฑิตข้าราชการ	<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 _____	16.30 น.
----	--	---------------	---------------------	------------	----------

4.	แผนประกันภัยที่ต้องการ	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท/วัน)			
	ความคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> AH2	<input type="checkbox"/> AH3	<input type="checkbox"/> AH4	<input type="checkbox"/> AH5
	ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ และกรณีพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ชดเชยรายได้ 2 เท่า สูงสุดไม่เกิน 14 วัน และรวมกันไม่เกิน 365 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	600	1,000	1,500	2,000
	เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (สำหรับบุคคลช่วงอายุ 3 - 60 ปี)	480	760	1,110	1,360

5.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย โรค _____	
----	--	------------------------------	--	--

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด(มหาชน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

(_____)
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

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

- งานประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้