



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทรศัพท์ _____ โทรมือถือ _____
 ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว 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"/> AH1	<input type="checkbox"/> AH2	<input type="checkbox"/> AH3
ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ รวมอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (ต่อวัน) และในกรณีการเข้ารับรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) จากอุบัติเหตุ รวมอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ ชดเชยรายได้ 2 เท่า สูงสุดไม่เกิน 14 วัน ต่อครั้ง และรวมกันสูงสุดไม่เกิน 30 วันต่อการบาดเจ็บแต่ละครั้ง	500	600	1,000

5. ปัจจุบันท่านมีความคุ้มครองชดเชยรายได้กรณีพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ หรือมีกรมธรรม์ประกันภัยที่มีความคุ้มครองชดเชยรายได้กรณีพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุไว้กับบริษัทใดหรือไม่?
 ไม่มี มี จำนวนกรมธรรม์ รวมเป็นเงินจำนวน บาท

6. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่?
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด(มหาชน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการ กำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

()

ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

()

ลงลายมือชื่อผู้ออประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ออประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญา นี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทได้มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการปฏิบัติตามคำขอฉบับนี้ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท โดยท่านสามารถศึกษาข้อมูลนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ใน

https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504 หรือตาม QR Code นี้



Mittare Privacy Policy