

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

ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัย		สำหรับแผนPA แรงงานต่างด้าว	
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล/กลุ่ม(มิตรแท้) Proposal for Accident Insurance			
1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (The Holder)			
ชื่อ (Name) _____			
โทรศัพท์ (Tel.) _____		โทรสาร (Fax) _____	
มือถือ (Mobile) _____			
ที่อยู่ (Address) _____			
รหัสไปรษณีย์ (Postcode) _____		หนังสือจดทะเบียนบริษัทเลขที่ (ID Register) _____	
ลักษณะธุรกิจ (The Business) _____			
จำนวนพนักงาน (Number of employee) _____ คน (persons) เพศชาย (Male) _____ คน (persons) และเพศหญิง (Female) _____ คน (persons)			
2. ผู้ขอเอาประกันภัย (The Proposer) : _____			
ชื่อ-นามสกุล (Name) _____			
ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary) : _____			
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship of the Proposer) _____			
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____		เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____
(Period of Insurance: From)		At _____ hours.	To _____
			เวลา 24.00 น.
			At _____ p.m.
4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ (Sum Insured Required)			
[ ] แผน 1 (plan 1) [ ] แผน 2 (plan 2) [ ] แผน 3 (plan 3) [ ] แผน 4 (plan 4)			
5. ท่านขับหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? Do you drive or ride as a passenger on motorcycle?		<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)	
6. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? Do you take or consume alcohol drinks.?		<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)	
7. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่? In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized? <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง (If yes, please state) ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม (period) จำนวน _____ วัน (days) ลักษณะการบาดเจ็บ (Nature of Injury) _____ ผลการรักษา (Result of Treatment) _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา (Physician/Hospital of Polyclinic) _____			
8. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? Do you have or have you ever been treated for?			
11.1 โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion)		<input type="checkbox"/> ไม่เคย No	<input type="checkbox"/> เคย Yes
11.2 โรคหัวใจ (Heart Disease)		<input type="checkbox"/> ไม่เคย No	<input type="checkbox"/> เคย Yes
11.3 ความดันโลหิตสูง (Hypertension)		<input type="checkbox"/> ไม่เคย No	<input type="checkbox"/> เคย Yes
11.4 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)		<input type="checkbox"/> ไม่เคย No	<input type="checkbox"/> เคย Yes
11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal)		<input type="checkbox"/> ไม่เคย No	<input type="checkbox"/> เคย Yes
11.6 โรคมะเร็ง (Cancer)		<input type="checkbox"/> ไม่เคย No	<input type="checkbox"/> เคย Yes
11.7 โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)		<input type="checkbox"/> ไม่เคย No	<input type="checkbox"/> เคย Yes

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

9.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? Do you have defects in eyesight or hearing?	<input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____
10	ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? Do you have any disabled part of your body?	<input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____
11	ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? Have you ever taken narcotic drugs?	<input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____
12	ท่าน เคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่? Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?	<input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> มี Yes ถ้ามี โปรดระบุ If yes, please state _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ ข้าพเจ้า  
 ขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน  
 หรือบุคคลอื่นใด ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract  
 between me/us and the Company. In addition, I/We would like to authorize the insurance company to disclose insurance information  
 and details in the status of an insurance applicant to the company, agency or any other person responsible for the insurance  
 business.

( _____ ) ลงลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย The Holder by	( _____ ) ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย The Proposer Signature	( _____ ) ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม Legal representative's Signature
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____		
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง (Direct) <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker)		
ใบอนุญาตเลขที่ (License No.) _____		

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION:**

Give answer to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the  
 Civil & Commercial code.

บริษัทได้มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการปฏิบัติตามคำขอฉบับนี้ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้  
 ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท โดยท่านสามารถศึกษาข้อมูลนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ใน  
[https://www.mittare.com/web2016/?page\\_id=6504](https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504) หรือตาม QR Code นี้

