

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

(In the event that the insured does not allow the company to check the medical history and diagnosis of the insured for consideration of the payment of compensation The company may refuse coverage under this insurance policy. The insured can In which I consent to the collection,use,and disclosure of facts about my data The Office of Insurance Commission (OIC.) for the benefit of overseeing the insurance business)

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Signature:
(.....)

วันที่(Date) / /

() การประกันภัยโดยตรง Direct () ตัวแทนประกันวินาศภัย/Agent () นายหน้าประกันวินาศภัย/broker () ใบอนุญาตเลขที่/ License number

ถิ่นที่อยู่ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาที่คคเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Reminder from the Office of Insurance Commission (OIC):

Please answer all Questions truthfully otherwise the Company may have causes to deny Liability under Policy per Section 865 of the Civil & Commercial Code

เอกสารแนบเพิ่มเติม/Additional documents

ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัย แผนร้านอาหารและร้านกาแฟปลอดภัย

((Information for Insurance Restaurants and Coffee Shop Plan Safe))

การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล:โปรดระบุให้ถูกต้องและครบถ้วน(Personal Accident Insurance :Please specify correctly and completely)

- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:
- ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ Name-Surname of Covered:..... วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (DD/MM/YY):.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Identification No.: □□□□□□□□□□
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Beneficiary :..... ความสัมพันธ์/The relationship:

บริษัทได้มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการปฏิบัติตามคำขอฉบับนี้ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท โดยท่านสามารถศึกษาข้อมูลนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ใน https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504 หรือตาม QR Code นี้



Mittare Privacy Policy