

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252

295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500

โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799

Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุนักเรียน นิสิต นักศึกษา(มิตรแท้)

Student Group Accident Insurance

1	ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ	เพศ			
	The Proposer : Name	Sex			
	ที่อยู่	รหัสไปรษณีย์	โทร.		
	Address	Post Code	Tel.		
	<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน	<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ	<input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว	<input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง	
	Identity card	Government Identity card	Alien Certificate	Passport	
	เลขที่ (No.)..... ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ (Issued at.)..... จังหวัด (Province)..... ประเทศ (Country).....				
	อายุ	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง	น้ำหนัก	สัญชาติ
	Age	Date of Birth	Height	Weight	Nationality
	อาชีพปัจจุบัน		ตำแหน่ง		
	Present Occupation		Position		
	ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป		ชั้นอาชีพ : Occupation Class		
	Job description				
	เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary / Wage) ปีละ.....บาท (Baht)				
	รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ.....บาท (Baht)		แหล่งที่มา (Source)		
	(การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้ขอเอาประกันภัยโปรดแสดงข้อเท็จจริง)				
	ชื่อนายจ้าง		กิจการของนายจ้าง		
	Employer's Name		Employer's Business		
	ที่อยู่ของนายจ้าง	รหัสไปรษณีย์	โทร.		
	Employer's Address	Post code	Tel.		
2	ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย		
	Beneficiary : Name	Age	Relationship to the Proposer		
	ที่อยู่	รหัสไปรษณีย์	โทร.		
	Address	Post code	Tel.		
3	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น.		สิ้นสุดวันที่.....เวลา 24.00 น.		
	Period of Insurance required : From		at		
		hours.	To		
			at 24.00 hours		

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252

295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500

โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799

Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

5	<p>ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้</p> <p>Please Include coverage on additional hazards as follows :</p> <p><input type="checkbox"/> การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Driving of or riding as a passenger on motorcycles</p> <p><input type="checkbox"/> การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่ไม่ได้ประกอบการโดยสารพาณิชย์ <input type="checkbox"/> การเล่นหรือแข่งขันกีฬาอันตราย Traveling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline <input type="checkbox"/> Playing or racing dangerous sport</p> <p><input type="checkbox"/> การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล <input type="checkbox"/> การสงคราม ฯลฯ Strike Riot and Civil Commotion <input type="checkbox"/> War Ext.</p>
6	<p>ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ ?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี (No) <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ (Yes) ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้ง If yes, please state</p> <p>Do you have or have proposed for personal accident insurance or <input type="checkbox"/> บริษัท <input type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัย Life insurance with the company or any other company? <input type="checkbox"/> Company <input type="checkbox"/> Sum insured</p>
7	<p>ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้าเคย โปรดแจ้ง If yes, please state:</p> <p>Have you ever been canceled life insurance or personal accident insurance or <input type="checkbox"/> บริษัท <input type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัย had your insurance canceled or had renewal declined or <input type="checkbox"/> Company <input type="checkbox"/> Sum insured had additional premium imposed for such insurance?</p>
8	<p>ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่ ? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p> <p>Do you drive or ride as a passenger on motorcycle? <input type="checkbox"/> (No.) <input type="checkbox"/> (Occasionally) <input type="checkbox"/> (Regularly)</p>
9	<p>ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p> <p>Do you take or consume alcoholic drinks? <input type="checkbox"/> (No.) <input type="checkbox"/> (Occasionally) <input type="checkbox"/> (Regularly)</p>
10	<p>ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้าเคย โปรดแจ้ง If yes, please state:</p> <p>In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be <input type="checkbox"/> ระยะเวลา Period of Treatment</p> <p>hospitalized? <input type="checkbox"/> ลักษณะการบาดเจ็บ</p> <p><input type="checkbox"/> ผลการรักษา Result of Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> แพทย์ / ร.พ. หรือสถานรักษา Physician / Hospital or Polyclinic</p>
11	<p>ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?</p> <p>Do you have or have you ever been treated for ?</p> <p>ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes)</p> <p>ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes)</p> <p>ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes)</p> <p>ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus) <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes)</p> <p>จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculaskelta) <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes)</p>

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

	จ. โรคมะเร็ง (Cancer)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
	ข. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
12	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :
	Do you have defects in eyesight or hearing?		
13	ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :
	Do you have any disabled part of your body?		
14	ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)	ถ้าเคยโปรดระบุ If yes, please state :
	Have you ever taken narcotic drugs?		
15	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)	ถ้าเคยโปรดระบุ If yes, please state :
	Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

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

.....

() () ()
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม
 Written by Proposer's Signature Legal Representative's Signature

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Date.....

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย **ใบอนุญาตเลขที่**
Direct Insurance Agent Broker License No.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

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

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

