

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3101017168



Mittare Insurance Co., Ltd. Tax ID: 3101017168

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

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุล :	วันเดือนปีเกิด :	อายุ :
ที่อยู่ :	ส่วนสูง :	น้ำหนัก :
	เพศ :	สัญชาติ :
บัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ หรือบัตรต่างด้าว เลขที่ :		
ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ :		
จังหวัด :		
อาชีพ :	ลักษณะงานที่ทำ :	
ตำแหน่งหน้าที่ :		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน :		
ชื่อนายจ้าง :	ประเภทธุรกิจของนายจ้าง :	
ที่อยู่ :		
ชื่อผู้รับประกันภัย :	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :	
ที่อยู่ :		

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12 00 น.

จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ความรับผิดชอบส่วนแรก	เบี้ยประกันภัย (บริษัทกรอก)
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง			
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง/พูดออกเสียง ทุพพลภาพถาวร			
ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน สัปดาห์	ต่อสัปดาห์		
ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน สัปดาห์	ต่อสัปดาห์		
ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
		เบี้ยประกันภัยสุทธิ	
		เบี้ยประกันภัยรวม	

ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้

<input type="checkbox"/> การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> การเล่นหรือแข่งกีฬาอันตราย <input type="checkbox"/> การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
--

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3101017168



Mittare Insurance Co., Ltd. Tax ID: 3101017168

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

โปรดตอบคำถามด้านหลังทุก ๆ ข้อ

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริง

1. ท่านมีหรือได้ขอประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ มีหรือได้ขอไว้กับบริษัท.	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ไม่มี
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ เคย บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ไม่เคย
3. ท่านขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่	ไม่ เป็นครั้งคราว	ประจำ
4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่	ไม่ เป็นครั้งคราว	ประจำ
5. ปัจจุบันท่านมีรายได้รวมทั้งสิ้น เงินเดือน ปีละ	อื่น ๆ ปีละ	
6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ เคย โรงพยาบาล	ลักษณะการบาดเจ็บ	ไม่เคย
ผลการรักษา	จำนวนเงินทดแทน	
7. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคลมชัก	ไม่เคย เคย	โรคกระดูก
โรคหัวใจ	ไม่เคย เคย	โรคกล้ามเนื้อ
โรคความดันโลหิตสูง	ไม่เคย เคย	โรคมะเร็ง
โรคเบาหวาน	ไม่เคย เคย	โรคเอดส์
8. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ มีดังนี้		ไม่มี
9. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่ มีดังนี้		ไม่มี
10. ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่ เคยดังนี้		ไม่เคย
11. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ เคยดังนี้		ไม่เคย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย วันที่

ตัวแทน/นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์
โปรดตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย
ได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865