

**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุการชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สำหรับรายย่อย (ไมโครอินชัวร์نس)**

**ข้อมูลผู้เอาประกันภัย**

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ มือถือ \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_ น. 16.30 น.

4. แผนประกันภัยที่ต้องการ	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
<b>ความคุ้มครอง</b>	
ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ และกรณีพักรักษาตัว ในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ชดเชยรายได้ 2 เท่า สูงสุดไม่เกิน 14 วัน และรวมกันไม่เกิน 365 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	500 บาท ต่อวัน
<b>เบี้ยประกันภัยรวมต่อปี (สำหรับบุคคลช่วงอายุ 3 - 60 ปี)</b>	<b>400</b>

5. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่?  ไม่  เคย โรค \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด(มหาชน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

\_\_\_\_\_  
 ( )  
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

\_\_\_\_\_  
 ( )  
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

- งานประกันภัยโดยตรง     ตัวแทนประกันวินาศภัย     นายหน้าประกันวินาศภัย    ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้