(1) คุณสมบัติผู้สมัคร

1. ผู้สมัครถือสัญชาติไทย และมีอายุแรกเข้าระหว่าง 3 – 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่เริ่มทำประกันภัย
2. ผู้สมัครมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรง และไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ ก่อนทำประกันภัย
3. ซื้อได้คนละ 1 กรมธรรม์เท่านั้น
4. อาชีพที่รับประกัน เป็นไปตามแผนประกันภัย

(2) อาชีพที่ไม่รับประกันภัย

- นักกีฬาอาชีพทุกประเภท ,นักประดาน้ำ, ครูสอนดำน้ำ, กะลาสีเรือ
- คนงานในโรงงานปิโตรเลียมเคมี, โรงผลิตแก๊ส, โรงกลั่นน้ำมัน, แท่นขุดเจาะน้ำมัน, เหมืองแร่/ เหมืองแร่ใต้ดิน เป็นต้น

(3) การเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

- บัตร PA Card ใช้สิทธิเข้ารักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลในเครือฯ ทั่วประเทศ (กรณีไม่ใช้บัตร PA Card สามารถเข้ารักษาพยาบาลได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยสำรองเงินจ่ายไปก่อนแล้วนำเอกสารมาขอเบิกคืนในภายหลัง)
- ผู้เอาประกันภัยจะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือวันที่รับการรักษาสถานพยาบาลเวชกรรม โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

เอกสารประกอบพิจารณาสินไหมทดแทน

1) แบบฟอร์มหนังสือเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล
2) ใบเสร็จรับเงินหรือใบแจ้งหนี้ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ต้นฉบับ)
3) ใบรับรองแพทย์หรือความเห็นแพทย์ (ต้นฉบับ)
4) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
5) สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร (Book Bank) ในกรณีต้องการให้บริษัทโอนเงินเข้าบัญชี

(4) ขั้นตอนการขอเอาประกันภัยและเอกสารประกอบ

1) กรอกใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ พร้อมแถลงสุขภาพตามข้อเท็จจริงในใบคำขอเอาประกันภัยและลงนามรับรอง (การแถลงสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัยหรือพิจารณาจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย)
2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

คำเตือน

- เงื่อนไขความคุ้มครองเป็นไปตามกรมธรรม์ประกันภัย
- เงื่อนไขการรับประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดตามความเหมาะสม โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า หากต้องการความคุ้มครองนอกเหนือจากตารางข้างต้น กรุณาโทรสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ ตัวแทนฯ หรือแผนกรับประกันภัยอุบัติเหตุและเบ็ดเตล็ด
- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไข ก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง

แผนประกันภัยและเบี้ยประกันภัยนี้ สิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม 2566 (V.002)

มิตรแท้ประกันภัย
มิตรแท้
จริงใจ เปิดเผย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล(มิตรแท้)

แผน PLV

สนใจสอบถามเพิ่มเติมติดต่อ :
แผนกรับประกันภัยอุบัติเหตุและเบ็ดเตล็ด
E-Mail:misc.acc@mittare.com
ID Line:@mittare-misc

Mittare Contact Center โทร 0-2640-7777
สายด่วนแจ้งอุบัติเหตุ โทร 1741 ตลอด 24 ชม.

รับประกันภัยโดย :บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 295 ถนนสี่พระยา แขวงสี่พระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

แผนความคุ้มครองประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PLV

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง (อ.บ.1) 24 ชั่วโมงทั่วโลก	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)(ต่อปี) สำหรับทุกชั้นอาชีพ (ยกเว้นชั้นอาชีพ 4) แบบมีค่ารักษาพยาบาล															
	แผน1/1	แผน1/2	แผน1/3	แผน2/1	แผน2/2	แผน2/3	แผน3/1	แผน3/2	แผน3/3	แผน4/1	แผน4/2	แผน4/3	แผน5/1	แผน5/2	แผน6/1	แผน6/2
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย)	100,000	100,000	100,000	200,000	200,000	200,000	300,000	300,000	300,000	400,000	400,000	400,000	500,000	500,000	500,000	500,000
การเสียชีวิตจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	50,000	50,000	100,000	100,000	100,000	150,000	150,000	150,000	200,000	200,000	200,000	300,000	300,000	300,000	300,000
ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ	–	–	10,000	–	–	10,000	–	–	10,000	–	–	10,000	–	10,000	–	10,000
ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	3,000	5,000	5,000	5,000	7,000	7,000	7,000	8,000	8,000	9,000	10,000	10,000	20,000	20,000	30,000	30,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ต่อคนต่อปี (บาท)																
ช่วงอายุ 3 -19 ปี	470	565	585	765	855	875	1,055	1,100	1,120	1,120	1,350	1,410	2,685	2,700	2,910	2,925
ช่วงอายุ 20 -60 ปี	380	445	545	645	705	805	905	935	1,035	1,035	1,165	1,295	2,320	2,420	2,505	2,605
ช่วงอายุ 61 -65 ปี	500	605	785	805	910	1,090	1,110	1,160	1,340	1,340	1,410	1,640	2,540	2,720	2,750	2,930
ช่วงอายุ 66 -70 ปี(บริบูรณ์)	780	995	1,460	1,195	1,510	1,975	1,710	1,815	2,285	2,285	2,125	2,705	2,835	3,305	3,110	3,580

แผนความคุ้มครองประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PLV

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง (อ.บ.1) 24 ชั่วโมงทั่วโลก	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)(ต่อปี) สำหรับทุกชั้นอาชีพ (ยกเว้นชั้นอาชีพ 4) ไม่มีค่ารักษาพยาบาล				จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)(ต่อปี) สำหรับชั้นอาชีพ 4				
	แผน 3/4	แผน 3/5	แผน 4/4	แผน 4/5	แผน 1/2	แผน 3/4	แผน 3/5	แผน 4/4	แผน 4/5
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (รวมถึงการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย)	300,000	300,000	400,000	400,000	100,000	300,000	300,000	400,000	400,000
การเสียชีวิตจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	150,000	150,000	200,000	200,000	50,000	150,000	150,000	200,000	200,000
ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิต จากการบาดเจ็บ		10,000		10,000	–	–	10,000		10,000
ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	–	–	–	–	5,000		–	–	–
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ต่อคนต่อปี (บาท)									
ช่วงอายุ 3 -19 ปี	540	560	720	740	1,010	650	665	865	880
ช่วงอายุ 20 -60 ปี	540	640	720	820	1,010	650	750	865	965
ช่วงอายุ 61 -65 ปี	650	830	865	1,045	1,335	780	1,060	1,035	1,315
ช่วงอายุ 66 -70 ปี(บริบูรณ์)	865	1,330	1,150	1,620	1,500	1,035	1,505	1,380	1,850

ประเภทของชั้นอาชีพ

ชั้นอาชีพที่ 1 เจ้าของ ผู้ปฏิบัติงานด้านบริหาร หรืองานจัดการ งานเสมียนหรืองานขาย ในธุรกิจหรือการค้าซึ่งส่วนใหญ่ทำงานประจำในสำนักงาน และรวมถึงการทำงานฝีมือที่ไม่ใช้เครื่องจักร เช่น เจ้าของกิจการ/ผู้อำนวยการ/ผู้จัดการ, ครู/อาจารย์ (ที่ไม่ใช่ครูพละ), ผู้พิพากษา/อัยการ, แพทย์/พยาบาล, ทันตแพทย์, เภสัชกร, วิศวกรที่ทำงานในสำนักงาน, โปรแกรมเมอร์, เสมียน, พนักงานธนาคาร, ผู้ตรวจสอบบัญชี, นักประพันธ์, พนักงานขายของในห้างสรรพสินค้า,ช่างเสริมสวย, แม่บ้าน/พ่อบ้าน, ช่างฝีมือที่ไม่ใช้เครื่องจักร

ชั้นอาชีพที่ 2 เจ้าของ ผู้ปฏิบัติงานด้านงานจัดการ หรือพนักงานในธุรกิจหรือการค้าซึ่งทำงานนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานทางด้านอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเฉพาะหรือกึ่งอาชีพเฉพาะ และบางครั้งอาจจะมีการใช้เครื่องจักร หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้งเกือบตลอดเวลา เช่น พนักงานบริษัท หรือร้านค้าที่ใช้เครื่องมือ หรือเครื่องจักรกลขนาดย่อม, วิศวกรที่ต้องออกพื้นที่, สถาปนิก/นักออกแบบภายใน, ทหาร/ตำรวจ, สัตวแพทย์, ครูสอนแอโรบิก/ครูพละ, พนักงานขายที่ต้องเดินทาง, นักข่าว, คิลปิน/นักแสดง/นักดนตรี, ช่างภาพ, ตัวแทน/นายหน้าประกันภัย, คนขับรถให้ผู้บริหาร, หัวหน้าคนงาน, พ่อครัว/แม่ครัว, พนักงานเสิร์ฟ,นักเรียน/นักศึกษา ทนายความ

ชั้นอาชีพที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานในด้านช่าง หรือกระบวนการผลิต หรือการบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีการใช้เครื่องจักรกลหนัก หรือเป็นผู้ใช้แรงงาน ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการขนส่งที่มีการเดินทางหรือทำงานนอกสำนักงานเป็นประจำ, เช่น นักบิน/พนักงานประจำเครื่องบินโดยสาร, ไกด์นำเที่ยว, คนขับรถแท็กซี่, พนักงานขับรถรับจ้างสาธารณะ, ค้าขาย (ในตลาด) ช่างยนต์, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, อบต. ,เกษตรกร

ชั้นอาชีพที่ 4 ผู้ปฏิบัติงานที่มีอาชีพพิเศษ ซึ่งไม่สามารถจัดเข้าประเภทอาชีพชั้น 1 ชั้น 2 หรือชั้น 3 เช่น คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่อยู่ในกระบวนการผลิต ที่ใช้เครื่องจักรหนัก, บุคคลที่ต้องปีนป่ายเพื่อทำงานในที่สูง, ชาวประมง, กรรมกร, คนงานก่อสร้าง, ช่างไม้/ ช่างไฟ/ ช่างปูน/ ช่างเชื่อม, รปภ., จักรยานยนต์รับจ้าง, บุรุษไปรษณีย์, คนขับรถบรรทุก, อาสาสมัคร/พนักงานกู้ภัย/หน่วยกู้ภัย/พนักงานดับเพลิง/นักผจญเพลิง, พนักงานส่งเอกสาร/พนักงานส่งสินค้า/ พนักงานเก็บเงินที่ใช้รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

หมายเหตุ: หากท่านมีอาชีพนอกเหนือจากข้างต้น กรุณาติดต่อบริษัทฯ เพื่อพิจารณาชั้นอาชีพในการพิจารณารับประกันภัยต่อไป

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252
295 ถนนสี่พระยา แขวงสี่พระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799

มิตรแท้ จริงใจ เปิดเผย

Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252
295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500
Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (มิตรแท้)

1. **ผู้ขอเอาประกันภัย** ❑ นาย ❑ นาง ❑ นางสาว ❑ อื่น ๆ ระบุ_____ **ชื่อ**_____ **นามสกุล**_____
❑ บัตรประชาชน ❑ บัตรข้าราชการ ❑ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ❑ หนังสือเดินทาง เลขที่บัตร _____
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) _____ อายุ_____ปี สถานภาพ_____ อาชีพ/ตำแหน่ง_____ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____
รายได้/เดือน_____แหล่งที่มา/หน่วยงาน _____โทรศัพท์_____โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail_____
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ _____
_____

2. **ผู้รับประโยชน์ :** ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
❑ บัตรประชาชน ❑ บัตรข้าราชการ ❑ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ❑ หนังสือเดินทาง เลขที่บัตร _____

3. **ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่**_____ เวลา _____น. สิ้นสุดวันที่_____ เวลา 24.00 น.

4. **ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ**
ประเภท ❑ PAJ ❑ PLV ❑ PMA ❑ PAI แผนประกันภัย _____ เบี้ยประกันภัย _____ บาท

5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด(มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ❑ การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ,
❑ การประกันชีวิต ,❑ การประกันภัยประเภทอื่นๆ ❑ ไม่มี ❑ มี กับบริษัท_____

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? ❑ ไม่เคย ❑ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____

7. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?
❑ ไม่เคย ❑ เคย ระบุลักษณะการบาดเจ็บ _____

8. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษา โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่ ? ❑ ไม่เคย ❑ เคย โรค _____

9. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูหรือมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? ❑ ไม่มี ❑ มี ถ้ามี โปรดระบุ _____

10. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? ❑ ไม่เคย ❑ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ _____

11. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
❑ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
❑ ไม่ประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็น กับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทางการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของ ผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252
295 ถนนสี่พระยา แขวงสี่พระยา 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

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย_____

( )

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

PP57070

❑ การประกันภัยโดยตรง ❑ ตัวแทนประกันวินาศภัย ❑ นายหน้าประกันวินาศภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) มีนโยบายคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคลของท่าน ๆสามารถอ่านรายละเอียดได้ที่

URL: https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504

หรือ คิวอาร์โค้ด:

Mittare Privacy Policy