

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1736, 0 2239 2200
โทรสาร 0 2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

HEAD OFFICE ADDRESS
1115 Rama 3 Road, Chong
Nonsee, Yannawa, Bangkok
10120
Tel 1736, 0 2239 2200
Fax 0 2239 2049
บมจ.576

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันสรพภัยบ้านอยู่อาศัย

| 1. ชื่อสกุลผู้ขอประกันภัย | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ที่อยู่ | โทรศัพท์ | | | | | | | | | | |
| เลขบัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด | | | | | | | | | | | |
| 2. สถานที่ตั้งทรัพย์สินที่ขอประกันภัย <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามข้อ 1 <input type="checkbox"/> ไม่เหมือนที่อยู่ตามข้อ 1 ระบุที่อยู่ | | | | | | | | | | | |
| พื้นที่ภายในอาคาร ม. | | | | | | | | | | | |
| 3. สิ่งปลูกสร้าง <input type="checkbox"/> บ้านเดี่ยว <input type="checkbox"/> ทาวน์เฮ้าส์ <input type="checkbox"/> ตึกแถว <input type="checkbox"/> แฟลต/ อาคารชุด/ คอนโดมิเนียมหรือพาร์ตเมนต์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ | | | | | | | | | | | |
| จำนวนชั้น..... ลักษณะสิ่งก่อสร้าง..... ในฐานะ <input type="checkbox"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> ผู้เช่า | | | | | | | | | | | |
| 4. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มตั้งแต่วันที่ | | | | | | | | | | | |
| สิ้นสุดวันที่ | | | | | | | | | | | |
| 5. แผนความคุ้มครองที่ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> แผนที่ 1 <input type="checkbox"/> แผนที่ 2 <input type="checkbox"/> แผนที่ 3 | | | | | | | | | | | |
| 6. รายละเอียดทรัพย์สินที่ขอเอาประกันภัย | | | | | | | | | | | |
| สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมฐานราก) | บาท | | | | | | | | | | |
| ทรัพย์สินภายในสิ่งปลูกสร้าง | บาท | | | | | | | | | | |
| อื่น ๆ ระบุ | บาท | | | | | | | | | | |
| รวม | บาท | | | | | | | | | | |
| 7. การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยและมูลค่าสินทดแทนสำหรับหมวดที่ 1 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> กำหนดตามมูลค่าทรัพย์สินที่เป็นของใหม่ (Replacement Cost Valuation) <input type="checkbox"/> กำหนดตามมูลค่าที่แท้จริงทรัพย์สิน (Actual Cash Value) | | | | | | | | | | | |
| 8. ท่านได้มีการทำประกันภัยไว้กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทประกันภัยและจำนวนเงินเอาประกันภัย | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;">บริษัท</th> <th style="width:30%;">จำนวนเงินเอาประกันภัย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย | | | | | | | | |
| บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ก. การประกันอัคคีภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| ข. การประกันภัยโจรกรรม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| ค. การประกันภัยความรับผิดชอบบุคคลภายนอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| ง. เงินชดเชยกรณีการเสียชีวิตภายในอาคาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| 9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังต่อไปนี้หรือไม่ | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;">บริษัท</th> <th style="width:30%;">หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | บริษัท | หมายเหตุ | | | | | | | | |
| บริษัท | หมายเหตุ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ก. การประกันอัคคีภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| ข. การประกันภัยโจรกรรม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| ค. การประกันภัยความรับผิดชอบบุคคลภายนอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| ง. เงินชดเชยกรณีการเสียชีวิตภายในอาคาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | | | | | | | | | | | |
| 10. สถานที่ที่ขอเอาประกันภัยได้รับความเสียหายจากอัคคีภัย โจรกรรม หรือความรับผิดชอบบุคคลภายนอก หรือเงินชดเชยกรณีเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย สมาชิกในครอบครัวหรือไม่ | | | | | | | | | | | |
| ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด | | | | | | | | | | | |
| ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ | | | | | | | | | | | |
| ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ | | | | | | | | | | | |
| วันที่ เดือน | () ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัย | ใบอนุญาตเลขที่ | | | | | | | | | | |
| <p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) กระทรวงการคลัง</p> <p>ให้สอบถามข้างต้นความความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมาย</p> <p>แพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p> | | | | | | | | | | | |