

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

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้พักในหอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก		
1.	ผู้ขอเอาประกันภัย : .....	
2.	ที่อยู่ .....	
3.	ผู้ได้รับความคุ้มครอง : ผู้พักอยู่ในสถานที่เอาประกันภัยตามทะเบียนผู้พัก ณ สถานที่เอาประกันภัย และให้หมายความรวมถึงผู้พักที่ขณะเริ่มเข้าพักมีคุณสมบัติตามกฎหมายว่าด้วยหอพักและยังคงพักอยู่ในสถานที่เอาประกันภัย	
4.	ผู้รับประโยชน์ : ผู้ได้รับความคุ้มครองหรือทายาทโดยธรรมของผู้ได้รับความคุ้มครอง	
5.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ .....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 16.30 น.	
6.	โปรดระบุสถานที่ประกอบการหอพัก ที่ต้องการให้คุ้มครอง ตามรายละเอียดดังนี้ ก. ชื่อหอพัก..... ข. สถานที่ตั้ง..... ค. จำนวนห้องพัก.....ห้อง จำนวนผู้ได้รับความคุ้มครองสูงสุด.....คน จำนวนชั้น.....ชั้น	
7.	ความคุ้มครอง และจำนวนเงินจำกัดความรับผิดที่ต้องการ <i>(กำหนดเป็นขั้นต่ำตามกฎหมายกำหนด)</i>	
	ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินจำกัดความรับผิด (บาท)
	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดสูงสุดตลอดระยะเวลาประกันภัย (บาท)	
	หมวด 1 การประกันภัยคุ้มครองการเสียชีวิต ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ค่ารักษาพยาบาลของผู้ได้รับความคุ้มครอง อันเป็นผลมาจากสถานที่เอาประกันภัยเกิด ไฟไหม้หรือระเบิด หรือผู้ได้รับความคุ้มครองถูกฆาตกรรม ถูกทำร้ายร่างกาย โดยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในสถานที่เอาประกันภัย โดยจะจ่ายค่าทดแทน ดังนี้ 1. กรณีเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง 2. กรณีค่ารักษาพยาบาลที่ได้จ่ายจริง แต่ไม่เกิน	.....บาท/คน .....บาท/คน
	หมวด 2 การประกันภัยคุ้มครองทรัพย์สินส่วนตัวของผู้ได้รับความคุ้มครอง อันเป็นผลมาจากสถานที่เอาประกันภัยเกิดไฟไหม้ ระเบิด	.....บาท/คน .....บาท
8.	ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา หอพักนี้เคยเกิดเหตุไฟไหม้ ระเบิด หรือมีผู้พักเสียชีวิต บาดเจ็บ จากอุบัติเหตุที่ขอเอาประกันภัยหรือไม่ ถ้ามี กรุณาให้รายละเอียด พร้อมทั้งข้อมูลความเสียหาย: ..... .....	
9.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยเพื่อคุ้มครองชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินของผู้พักในหอพัก หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัยและระบุรายละเอียด.....	

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

<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย	ใบอนุญาตเลขที่.....
Direct	Agent	Broker	License No.

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อแถลงข้างต้น และข้าพเจ้าเข้าใจถึงความคุ้มครองที่จะได้รับภายใต้ข้อตกลง และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

( )

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

บริษัทได้มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อการปฏิบัติตามคำขอฉบับนี้ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท โดยท่านสามารถศึกษาข้อมูลนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ใน [https://www.mittare.com/web2016/?page\\_id=6504](https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504) หรือตาม QR Code นี้



จริงใจ เบ็ดเสร็จ