

บริษัท มี ต ร เ ท้ ป ร ะ กั น กั ย จ ำ กั ด (ม ท า ข น) เล ข ป ร ะ จ ำ ต ัว ผู้ เส ย ภา ย 0107555000252



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID: 0107555000252

295 ถนน ส ี พ ระ ย า แขวง ส ี พ ระ ย า เขต บ า ง ร ำ ก กรุงเทพมหานคร 10500

295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500

โทร ศ ี พ ท์ : 0-2640-7777, โทร ส ำ ร ๑ 0-2640-7799

Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ใบ ค ำ ข อ เ อ า ป ร ะ กั น กั ย ผู้ เ ล ่ น ก อ ล ์ ฟ

Proposal for Golfer's Indemnity

1. ผู้ ข อ เ อ า ป ร ะ กั น กั ย : The Insured :

(ก) ช ี อ :
Name :

(ข) ที่ อ ยู่ :
Address :

(ค) อา ช ี พ :
Occupation :

ผู้ ร ี บ ป ร ะ โ ย ช ี น์ ช ี อ : ความ ส ัม พ ัน ธ์ กั บ ผู้ เ อ า ป ร ะ กั น กั ย
Beneficiary ที่ อ ยู่ : Relationship to the proposer :-

2. อาณาเขต ต ำ ก ุ ม คร อ ง Territorial Limit ป ระ เ ท ศ ไ ท ย Thailand

3. ป ร ะ ต ร ะ บ ุ ช ี อ และ ส ถาน ที่ ของ ส นาม ก อ ล ์ ฟ ที่ ท่าน เ ป น ส ม า ช ิ ก :
Please state the name and place of golf club or golf course, Where you are a member

4. ท่าน เ ป น น ำ ก ก อ ล ์ ฟ อา ช ี พ หรือ เ ม่ :
Are you a professional golfer?

5. ท่าน มี หรือ ได้ ข อ เ อ า ป ร ะ กั น กั ย ผู้ เ ล ่ น ก อ ล ์ ฟ ใ ้ กั บ บ ริ ช ั ท อ ี น หรือ เ ม่ , ถ้า มี ป ร ะ ต ร ะ แ จ ้ ง
Do you have or have proposed for Golfer's Indemnity Insurance with any other company? If yes, Please state
บริษัท : จ ำ น ว น เ จ น เ อ า ป ร ะ กั น กั ย :
Company : Sum Insured :

6. ท่าน เคย ถู ก ป ฎิ เ ส ท หาร ข อ เ อ า ป ร ะ กั น กั ย ผู้ เ ล ่ น ก อ ล ์ ฟ หรือ เคย ถู ก บ อ ก เล ิ ก ส ัญ จ ญา เคย เ ม่ เคย
หรือ ป ฎิ เ ส ท หาร ต ่อ อา ย ุ ส ัญ จ ญา หรือ เ ม่ ถ้า เคย ป ร ะ ต ร ะ บ ุ ช ี อ บ ริ ช ั ท Yes No
Has your application for Golfer's Indemnity Policy been refused, cancelled or refused to be renewed? If yes,
Please state the name of Insurance Company:

7. ร าย เ ล ะ เ อ ย ี ด อ ุ ป กร ณ์ เ ก ำ เ ล ่ น ก อ ล ์ ฟ ที่ ท่าน ต ำ อ ง เ ก ำ ร ทำ ป ร ะ กั น กั ย

ประ เ ก ท ไม้	อัน	เบอร์	ยี่ห้อ
(Type of clubs)	(Piece)	(No.)	(Brand)
หัว ไม้ (Wood)
หัว เหล็ก (Iron)
เวดจ์ (Wedge)
พั ต เ ต อ ร ์ (Putter)
ถุง ก อ ล ์ ฟ (Golf-bag 1 bag only)
รถ ล ำ ก ถุง ก อ ล ์ ฟ (Golf-bag carrying cart)

บริษัท มี ต ร เ ท้ ป ร ะ กั น กั ย จ ำ กั ด (ม ห า ข น) เล ข ป ร ะ จ ำ ค ำ ค ุ้ เ ล ย ก ำ ย 0107555000252



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252

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

8. รายละเอียดความคุ้มครอง	จำนวนเงินจำกัดความรับผิด (บาท)
Description coverage	Limit of Liability (Baht)
ส่วนที่ 1. ความรับผิดต่อบุคคลภายนอก	1,000,000.-
Section 1. Third Party Liability	
ส่วนที่ 2. ความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัย	500,000.-
Section 2. Bodily Injury to the Insured	
2.1 การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	500,000.-
Loss of Life Dismemberment and Loss of Sight or Permanent Total Disability	
2.2 ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงไม่เกิน 52 สัปดาห์	2,000.- ต่อสัปดาห์
Total Temporary Disability Max. 52 Weeks	Each Week
2.3 ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วนไม่เกิน 52 สัปดาห์	2,000.- ต่อสัปดาห์
Partial Temporary Disability Max. 52 Weeks	Each Week
2.4 การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	20,000.-
Medical Expenses Each Accident	
ส่วนที่ 3. อุปกรณ์การเล่นกอล์ฟ	20,000.-
Section 3. Golf Equipments	
ส่วนที่ 4. รางวัลพิเศษสำหรับโฮล-อิน-วัน	
Section 4. Special Bonus For Hole-In-One	
4.1 การแข่งขันเป็นทางการ	15,000.- บาท
Golf Tournament	
4.2 การเล่นทั่วไป-นอกเหนือจากการแข่งขันเป็นทางการในข้อ 4.1	10,000.- บาท
Other	
9. ระยะเวลาประกันภัย (1 ปี) : เริ่มวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.	
Period of Insurance (1 Year) From at hours. To at 12.00 hours.	
10. เบี้ยประกันภัยสุทธิ 1,116.50 บาท ภาษี 78.50 บาท อากร 5.00 บาท รวม 1,200.00 บาท	
Net Premium (Baht) Tax (Baht) Stamp Duty (Baht) Total (Baht)	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
 I / We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company.

.....
 ulyมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์
 Written by
 ulyมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 Proposer's Signature
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 Date.....

หมายเหตุ : อัตราเบี้ยประกันภัยนี้ สิ้นสุดการใช้ วันที่ 31 ธันวาคม 2557