



ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัยแผ่นดินไหวคอนโดเปี่ยมสุข (Information For Peamsuk condo insurance)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลูกค้า(Customer information)

ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อและที่อยู่ (Applicant's Name :Name and Address)

ชื่อผู้เอาประกันภัย(Insured) นาย / นาง / นางสาว(Mr./Ms. /Miss.)นามสกุล (Surname).....
 ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย(Address) เลขที่ (Address no.).....หมู่(Moo).....หมู่บ้าน(Village).....
 ซอย(Soi).....ถนน(Road).....แขวง/ตำบล(Sub-district/ Sub-area).....
 เขต/อำเภอ(District/Area).....จังหวัด(Province).....รหัสไปรษณีย์(Postcode).....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID. No.)วัน/เดือน/ปีเกิด(พ.ศ.) (Date of Birth (DD/MM/YY))อาชีพ (Job).....
 โทรศัพท์ (ที่บ้าน)(Phone).....มือถือ(Tel).....อีเมล (E-Mail).....

สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่ขอเอาประกันภัย (Situation of Risk)

เลขที่ (Address no.).....หมู่(Moo).....หมู่บ้าน(Village).....
 ซอย(Soi).....ถนน(Road).....แขวง/ตำบล(Sub-district/ Sub-area).....
 เขต/อำเภอ(District/Area).....จังหวัด(Province).....รหัสไปรษณีย์(Postcode).....
 ผู้รับผลประโยชน์(Beneficiary) (ถ้ามี)(If have).....ความสัมพันธ์ (The relationship)
 พิกัดละติจูด(GPS/Latitude).....ลองจิจูด (Longitude)(ถ้ามี)(If have)
 เลขรหัสประจำบ้าน (ID. House) (11 หลัก) :

วันเริ่มความคุ้มครอง(Effective Date)เวลา(time)..... น.(am) วันสิ้นสุด ((Expiry date) เวลา 16.30 น. At 4.30 p.m.

ส่วนที่ 2 รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย(Details of the insured property)

กรุณาระบุรายละเอียดทรัพย์สินที่ต้องการเอาประกันภัย (กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าหัวข้อที่ต้องการ) (ทรัพย์สินที่ได้รับความคุ้มครอง

Please specify the details of the property to be insured :(Please marks ✓ in front of the desired topic) (Assets can be protected)

2.1 สิ่งปลูกสร้างอาคารสำหรับอยู่อาศัย (ไม่รวมฐานราก)/Residential buildings(Excluding foundation)

2.2 ทรัพย์สินภายในสิ่งปลูกสร้างได้แก่ เฟอร์นิเจอร์ เครื่องตกแต่ง เครื่องมือ เครื่องใช้ภายในบ้าน เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ไฟฟ้า

ภายในบ้าน เครื่องดนตรี เครื่องเสียง เครื่องครัวเครื่องนุ่งห่ม และทรัพย์สินอื่นๆเพื่อการอยู่อาศัย/ Property in the building

(Furniture, appliances, home appliances Electrical appliances and household electrical appliances, musical instruments, audio equipment, kitchenware, clothing And other assets for living)

ประเภทอาคาร(Building type) : แฟลต (Flat) คอนโดมิเนียม(Condominium) ห้องชุด ((Apartments in condos)

อะพาร์ตเมนต์ (Apartment) อื่นๆ (Other)(โปรดระบุ/Please specify)

พื้นที่ภายในอาคาร(Area in the Building)..... ตร.ม. (m2) อายุสิ่งปลูกสร้าง (Building age) ปี (Year) ชั้นที่อยู่อาศัย(Living floor)

ผู้เอาประกันภัยมีฐานะเป็น (The insured is in a position of) เจ้าของ (Owner) ผู้เช่า / ผู้เช่า (Tenant/Lease)

ปัจจุบันท่านมีประกันอัคคีภัยหรือไม่(Do you have or apply for Fire Insurance?) ไม่มี (No) มี (Yes)

โปรดระบุ จำนวนเงินเอาประกันภัย(Total Amount Insured)บาท(THB)

บริษัทรับประกันภัย (Insurance company)

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 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

ชื่อ-นามสกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง และ ผู้รับผลประโยชน์ (สำหรับหมวดการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล) (กรณีมากกว่า 1 คน โปรดระบุตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)/Name-surname of the insured and beneficiary (for personal accident insurance) (more than 1 person, please specify in the additional documents)

ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง (Name-Surname of Covered)
 วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of Birth (DD/MM/YY)) เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID.No.
 ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary)
 ความสัมพันธ์ (The relationship)

โปรดระบุจำนวนเงินเอาประกันภัย ตามแผนที่ซื้อ (Please specify the sum insured According to the purchase Plan)

แผน (plan)	จำนวนเอาประกันภัย (Sum insured)	เบี้ยประกันภัยต่อปี (Net Premium/Year)
<input type="checkbox"/> 1	1,000,000. -บาท (THB.)	2,600. - บาท (THB.)
<input type="checkbox"/> 2	2,000,000. -บาท (THB.)	3,600. - บาท (THB.)
<input type="checkbox"/> 3	3,000,000. -บาท (THB.)	4,500. -บาท (THB.)
<input type="checkbox"/> 4	4,000,000. -บาท (THB.)	5,400. -บาท (THB.)
<input type="checkbox"/> 5	5,000,000. -บาท (THB.)	6,300. -บาท (THB.)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

(I wants to get insurance with the company in accordance with the conditions of the insurance policy that the company has used for this insurance. And I certifies the various details the above is correct and complete. Agree that this insurance claim is the basis of an insurance contract between me and the company)

(The company has the right to check the medical history and diagnosis of the insured as necessary with this insurance. And has the right to perform postmortem examination in the event of necessity and is not against the law at the expense of the company)

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

การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล: โปรดระบุให้ถูกต้องและครบถ้วน (Personal Accident Insurance :Please specify correctly and completely)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง(Name-Surname of Covered).....
 วัน/เดือน/ปีเกิด(Date of Birth (DD/MM/YY)).....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID. No.)
 ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary name).....
 ความสัมพันธ์(The relationship)
2. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง(Name-Surname of Covered).....
 วัน/เดือน/ปีเกิด(Date of Birth (DD/MM/YY)).....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID. No.)
 ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary).....
 ความสัมพันธ์(The relationship)
3. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง(Name-Surname of Covered).....
 วัน/เดือน/ปีเกิด(Date of Birth (DD/MM/YY)).....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID. No.)
 ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary).....
 ความสัมพันธ์(The relationship)
4. ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง(Name-Surname of Covered).....
 วัน/เดือน/ปีเกิด(Date of Birth (DD/MM/YY)).....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID. No.)
 ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary).....
 ความสัมพันธ์(The relationship)