

**ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัยแผ่นดินไหว**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

**ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อและที่อยู่**

ชื่อผู้เอาประกันภัย นาย / นาง / นางสาว ..... นามสกุล.....  
 ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย เลขที่ ..... หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....วัน/เดือน/ปีเกิด(พ.ศ.).....อาชีพ.....  
 โทรศัพท์ (ที่บ้าน).....มือถือ.....อีเมล์.....

**สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่ขอเอาประกันภัย**

เลขที่ ..... หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 ผู้รับผลประโยชน์ (ถ้ามี).....ความสัมพันธ์.....  
 พิกัดละติจูด.....ลองจิจูด.....(ถ้ามี)  
 เลขรหัสประจำบ้าน (11 หลัก) : .....

ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มวันที่ .....เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 16.30 น.

**ส่วนที่ 2 รายละเอียดทรัพย์สินที่เอาประกันภัย**

**กรุณาระบุรายละเอียดทรัพย์สินที่ต้องการเอาประกันภัย : (กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าหัวข้อที่ต้องการ)**

**ทรัพย์สินที่ได้รับความคุ้มครอง**

- 2.1 สิ่งปลูกสร้างอาคารสำหรับอยู่อาศัย (ไม่รวมฐานราก)
- 2.2 ทรัพย์สินภายในสิ่งปลูกสร้าง ได้แก่ เฟอร์นิเจอร์ เครื่องตกแต่ง เครื่องมือ เครื่องใช้ภายในบ้าน เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ไฟฟ้าภายในบ้าน เครื่องดนตรี เครื่องเสียง เครื่องครัวเครื่องนุ่งห่ม และทรัพย์สินอื่นๆเพื่อการอยู่อาศัย

**ประเภทอาคาร :**  แฟลต  คอนโดมิเนียม  ห้องชุด  อะพาร์ตเมนต์  อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

พื้นที่ภายในอาคาร..... ตร.ม. อายุสิ่งปลูกสร้าง ..... ปี ชั้นที่อยู่อาศัย .....

ผู้เอาประกันภัยมีฐานะเป็น  เจ้าของ  ผู้เช่า / ผู้เช่า

ปัจจุบันท่านมีประกันอสังหาริมทรัพย์หรือไม่  ไม่มี  มี โปรดระบุ จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท  
 บริษัทรับประกันภัย .....

**ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย และ ผู้รับผลประโยชน์ (สำหรับหมวดการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล) (กรณีมากกว่า 1 คน โปรดระบุตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)**

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....

**โปรดระบุจำนวนเงินเอาประกันภัย ✓ ตามแผนที่ซื้อ**

แผน	จำนวนเอาประกันภัย	เบี้ยประกันต่อปี
<input type="checkbox"/> 1	1,000,000.-บาท	2,600.- บาท
<input type="checkbox"/> 2	2,000,000.-บาท	3,600.- บาท
<input type="checkbox"/> 3	3,000,000.-บาท	4,500.-บาท
<input type="checkbox"/> 4	4,000,000.-บาท	5,400.-บาท
<input type="checkbox"/> 5	5,000,000.-บาท	6,300.-บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าของเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท  
 บริษัทมีสิทธิตรวจสภาพและตรวจสอบประวัติการรักษายาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษายาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 .....ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

เอกสารแนบเพิ่มเติม  
ข้อมูลสำหรับการทำประกันภัยแผ่นดินไหว

การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล: โปรดระบุให้ถูกต้องและครบถ้วน

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□  
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....
2. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□  
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....
3. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□  
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....
4. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□  
ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....