

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252
295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799


จริงใจ เปิดเผย

Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252
295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500
Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

ใบคำขอเอาประกันภัย		
กรมธรรม์ประกันภัยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน (DRONE INSURANCE)		
1.	ผู้ขอเอาประกันภัย : เบอร์โทร เมล์.....	
2.	ที่อยู่	
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 16.30 น.	
4.	รายชื่อผู้บังคับหรือปล่อยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน(โดรน) ผู้บังคับ 1 วัน/เดือน/ปีเกิดใบอนุญาตเลขที่..... ผู้บังคับ 2 วัน/เดือน/ปีเกิดใบอนุญาตเลขที่..... กรณีมากกว่า 2 คน (ตามเอกสารแนบ)	
5.	รายละเอียดของอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน(โดรน)	
	แบบอากาศยาน/ยี่ห้อ.....	รุ่น/ปี.....
	ราคาซื้อ.....	น้ำหนัก (ก.ก.).....
	หมายเลขประจำเครื่อง.....	จำนวนเครื่องยนต์/จำนวนใบพัด.....
	อุปกรณ์ที่ติดตั้ง	เพดานบินสูงสุด (เมตร)
คลื่นความถี่ อุปกรณ์วิทยุที่ใช้ในการควบคุม/อุปกรณ์ที่ติดตั้งเพิ่ม		
5.1 เอกสารประกอบของผู้บังคับหรือปล่อยอากาศยานซึ่งไม่มีนักบิน(โดรน) เพื่อระบุความสามารถในการควบคุม อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้ ☐ กรณีบังคับควบคุมโดรนเพื่อการปฏิบัติงาน ให้ระบุประวัติการปฏิบัติงานที่รวมเวลาบินปฏิบัติงานแล้วมากกว่า 1 ชม. ☐ เชี่ยวชาญโดยครูผู้ฝึกสอนบิน หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้โดรน หรือผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดในการใช้โดรน ☐ กรณียังไม่มีประวัติการปฏิบัติงาน หรือ มีประวัติไม่เพียงพอ หรือ กรณีที่ใช้เพื่อกิจกรรมอื่นใด ให้ถ่าย VDO มีเนื้อหาต่อเนื่องตั้งแต่การนำเครื่องบินขึ้น การเปิดระบบบันทึกการบิน การบังคับเดินหน้า ถอยหลัง เลี้ยวซ้าย เลี้ยวขวา การให้ลอยตัวหยุด และการนำเครื่องลงจอด		
6.	อาณาเขตความคุ้มครอง :	
7.	แผนของกรมธรรม์ที่เลือก แผน เบี้ยประกันภัยรวม บาท	
8.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัยและระบุรายละเอียด.....	
☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☒ นายหน้าประกันวินาศภัย สงวนนายหน้าประกันภัยคุณดิเรกฯ ใบอนุญาตเลขที่ 6604003411		

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อแถลงข้างต้น และข้าพเจ้าเข้าใจถึงความคุ้มครองที่จะได้รับภายใต้ข้อตกลง และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นที่จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) มีนโยบายคุ้มครองข้อมูล ส่วนบุคคลของท่าน ๆ สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่

URL: https://www.mittare.com/web2016/?page_id=6504

หรือ ทิวอาร์โค้ด:

