

หน่วยงาน : _____ ผู้ดูแล : _____ AGENT CODE : _____ วันที่ : _____

ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย (โปรดระบุชื่อและที่อยู่ตามใบภ.พ. 20) / INSURED'S DETAILS

ชื่อผู้เอาประกันภัย / INSURED'S NAME :	
ที่อยู่ / ADDRESS :	โทรศัพท์ / TELEPHONE NO. :
อีเมล / EMAIL ADDRESS :	ชื่อผู้ติดต่อ / CONTACT PERSON :

ระยะเวลาเอาประกันภัย / PERIOD OF INSURANCE

เริ่มตั้งแต่วันที่ / EFFECTIVE DATE :
สิ้นสุดวันที่ / TO :

เส้นทางขนส่ง / ROUTE

จาก / FROM :
ถึง / TO :

รายละเอียดสินค้า / CARGO DESCRIPTIONS

ประเภทของสินค้า / TYPE OF CARGO :
1. _____
2. _____
3. _____
หากมีการขนส่งสินค้าประเภทใดดังต่อไปนี้ โปรดระบุ / PLEASE CHOOSE, IF YOU CARRY THE FOLLOWING GOODS <input type="checkbox"/> สัตว์มีชีวิต / LIVESTOCK <input type="checkbox"/> สินค้าเทกอง / BULK CARGO <input type="checkbox"/> บุหรี่ / CIGARETTE <input type="checkbox"/> ต้นไม้ ดอกไม้ พืชไร่ พืชผลทางการเกษตร ผัก ผลไม้ / LIVE PLANT, FLOWER, FIELD CROP, AGRICULTURAL PRODUCTS, VEGETABLE, FRUIT <input type="checkbox"/> รถยนต์ และ/หรือ รถจักรยานยนต์ / CAR AND/OR MOTORCYCLE <input type="checkbox"/> เครื่องจักรขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินกว่า 1,000 กิโลกรัม / MACHINERY WEIGHT HEAVIER THAN 1,000 KGS. <input type="checkbox"/> โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต เครื่องเล่นเกมพกพา ซอฟต์แวร์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ / MOBILE PHONE, NOTEBOOK COMPUTER, TABLET, HANDHELD GAME, SOFTWARE, ELECTRONIC ITEMS <input type="checkbox"/> ของที่ใช้แล้ว ของส่งซ่อม เครื่องจักรเก่า ของใช้ส่วนตัว ของที่ขนส่งโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน / USED ITEM, REPAIRED GOODS, USED MACHINERY, PERSONAL EFFECTS, CARRIAGE WITHOUT REWARD <input type="checkbox"/> เบียร์, สุรา, โซดา, ไวน์ และ/หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง / BEER, LIQUORS, SODA, WINE AND/OR ENERGY DRINK <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มอื่นๆ นอกเหนือจากเบียร์ สุรา โซดา เครื่องดื่มชูกำลัง โปรดระบุ / OTHER BEVERAGE, PLEASE ADVISE _____ <input type="checkbox"/> เครื่องแก้ว และ/หรือ หรือสินค้าแตกหักง่าย โปรดระบุ / GLASSWARE AND/OR FRAGILE GOODS, PLEASE ADVISE _____

การบรรจุหีบห่อ / PACKING OF CARGO

<input type="checkbox"/> กล่อง / CARTON <input type="checkbox"/> แพลเลท / PALLET <input type="checkbox"/> ถุง / BAG <input type="checkbox"/> ถัง / TANK <input type="checkbox"/> เทกอง / BULK <input type="checkbox"/> ตู้คอนเทนเนอร์ / CONTAINER <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ / OTHERS _____
กรณีขนส่งสินค้าโดยบรรจุตู้คอนเทนเนอร์ / FOR CONTAINER SHIPMENT <input type="checkbox"/> ตู้คอนเทนเนอร์เป็นของเจ้าของสินค้า / CONTAINER BELONG TO THE OWNER OF THE CARGO <input type="checkbox"/> ตู้คอนเทนเนอร์เป็นของผู้เอาประกันภัย / CONTAINER BELONG TO THE INSURED
ความคุ้มครองสำหรับตู้คอนเทนเนอร์ / COVERAGE FOR CONTAINER <input type="checkbox"/> ต้องการ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ / NO

จำนวนเงินจำกัดความรับผิด / LIMIT OF LIABILITY

จำนวนเงินจำกัดความรับผิดรวม / AGGREGATE :	BAHT
จำนวนเงินจำกัดความรับผิดต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / LIMIT PER OCCURANCE :	BAHT
จำนวนเงินจำกัดความรับผิดต่อหนึ่งยานพาหนะ / LIMIT PER CONVEYANCE :	BAHT

พาหนะที่ใช้ในการขนส่ง / CONVEYANCE

ประเภทรถ / TYPE	จำนวนคัน / NUMBERS

กรณีทำประกันภัยอยู่แล้ว กรุณาระบุ / EXISTING INSURANCE, PLEASE ADVISE

บริษัทประกันภัยเดิม / EXISTING INSURANCE COMPANY :
ความคุ้มครองเดิม / EXCISTING COVERAGE :

ประวัติความเสียหายย้อนหลัง 3 ปี / LOSS EXPERIENCE

ปี / YEAR	จำนวนครั้งของความเสียหาย / NO. OF LOSS	จำนวนเงิน / TOTAL AMOUNT	สาเหตุ / NATURE OF LOSS
TOTAL			

เอกสารเพิ่มเติม / ADDITIONAL DOCUMENT REQUIRED

<input type="checkbox"/> สัญญาว่าจ้างการขนส่ง / CONTRACT OF CARRIAGE <input type="checkbox"/> สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ / COPY OF CAR REGISTRATION
--

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ

ลงชื่อพร้อมประทับตราบริษัทฯ / SIGN AND STAMP COMPANY NAME _____

ลงวันที่ / DATE _____